

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EAP DE NUTRICIÓN

**“BARRERAS DE LACTANCIA MATERNA Y
ASOCIACION DE SUS PRACTICAS CON EL
DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE
6 A 24 MESES, CERRO PAPA – VILLA EL
SALVADOR”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición

AUTOR

Vanessa Tintaya Peña

ASESOR

Doris Hilda Delgado Pérez

Lima – Perú

2015

DEDICATORIA:

A dios; por ser la inspiración de mi vida, por guiarme en cada paso que doy brindándome sabiduría e inteligencia para cumplir mis metas.

A mis padres Gregoria Peña y Saturnino Tintaya, por ser mi ejemplo de fortaleza, dedicación, por haberme inculcado valores y ser mi motivación en la vida.

A mi abuelita Esfilia Peña Mendoza, por ser la persona que me cuidó, ayudó y aconsejó en toda mi infancia.

A mis hermanos, porque con sus aciertos y desaciertos me enseñan día a día lo que es caerse y levantarse mil veces.

A cada uno de mis amigos, por brindarme su apoyo en momentos difíciles e importantes y por ser parte de esta aventura ayudándome con sus opiniones y sugerencias.

AGRADECIMIENTOS:

A mi querida escuela de Nutrición, por acogerme estos cinco años de pregrado y enseñarme a ser una profesional con ética y responsabilidad social.

A mi asesora de Tesis, Ms. Sc. Doris Delgado Pérez, por haberme motivado y dado sugerencias acertadas para la realización de esta tesis.

A cada una de las promotoras de salud, que me brindaron su apoyo y acompañaron en la recolección de muestra.

A cada una de las madres que participaron en este estudio, por ayudarme con cada una de sus respuestas y brindarme su tiempo.

A mi compañera de batalla Patricia Chagua C., por acompañarme en esta aventura y motivarme a diario en la zona de estudio con cada una de sus ocurrencias.

Tabla de Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	7
2.1. General	7
2.2. Específicos	7
III. MATERIALES Y MÉTODOS	8
3.1. Tipo de investigación	8
3.2 Población	8
3.3 Tamaño de Muestra	8
3.4 Descripción del escenario	9
3.5 Variables	10
3.6 Técnicas e instrumentos	12
3.7 Recolección de datos	14
3.8 Procesamiento y tabulación de datos	15
3.9 Análisis de Datos	16
3.10 Consideraciones éticas	17
IV. RESULTADOS	18
4.1 Enfoque cuantitativo	18
4.2 Enfoque cualitativo	23
V. DISCUSIÓN	36
5.1 Enfoque cuantitativo	36
5.2 Enfoque cualitativo	41
VI. CONCLUSIONES	48
VII. RECOMENDACIONES	49
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

Índice de tablas

Tabla 1: Características de la muestra según técnicas cualitativas.....	9
Tabla 2: Operacionalización de variables según enfoque cuantitativo.....	11
Tabla 3: Operacionalización de variables según enfoque cualitativo.....	12
Tabla 4: Distribución del grupo de edad y sexo de los 6 – 24 meses.....	18
Tabla 5: Distribución de niños entre 6 – 24 meses según hitos del desarrollo psicomotor	21
Tabla 6: Desarrollo psicomotor según lactancia materna durante la primera hora de vida.....	21
Tabla 7: Desarrollo psicomotor según lactancia materna exclusiva.....	22
Tabla 8: Desarrollo psicomotor según técnica de lactancia materna.....	22
Tabla 9: Desarrollo psicomotor según frecuencia de lactancia materna.....	23
Tabla 10: Características de las madres y niños que participaron en el estudio sobre Barreras de lactancia Materna.....	24

Índice de gráficos

Gráfico 1: Edad promedio de los niños al momento de introducir líquidos diferentes a la leche materna.....	19
Gráfico 2: Edad promedio de los niños al momento de introducir preparaciones espesas.....	20
Gráfico 3: Distribución porcentual de niños entre 6 – 24 meses según técnica y frecuencia de lactancia materna.....	20

Índice de figuras

Figura 1: Barreras externas de lactancia materna en madres con niños de 6 – 24 meses del Cerro Papa	33
Figura 2: Barreras intrínsecas de lactancia materna en madres con niños de 6 – 24 meses del Cerro Papa	34
Figura 3: Interacción entre la barrera interna e externa en madres con niños de 6 – 24 meses del Cerro Papa	35

Índice de anexos

Anexo 1: Formato de consentimiento informado	57
Anexo 2: Formato de encuesta sobre prácticas de lactancia materna y condiciones del hogar	59
Anexo 3: Formato de la lista de cotejo de las técnicas de lactancia materna.....	63
Anexo 4: Formato de frecuencia de lactancia materna.....	64
Anexo 5: Formato de Test del desarrollo psicomotor	65
Anexo 6: Guía de entrevista a profundidad semi – estructurada	67
Anexo 7: Guía de entrevista semi – estructurada a profundidad	68
Anexo 8: Galería fotográfica	69

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es un proceso interactivo entre la madre e hijo, el éxito de ésta va a depender de la conducta del lactante combinada con la conducta materna, estimulada por el apoyo social y guiado por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. **Objetivos:** Determinar la asociación entre las prácticas de lactancia materna y el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses y explorar las barreras de lactancia materna en madres con niños de 6 a 24 meses. **Diseño:** Investigación de enfoque Mixto. El enfoque cuantitativo tuvo un diseño descriptivo de asociación cruzada, transversal y observacional. El enfoque cualitativo un diseño de teoría fundamentada. **Lugar:** Seis asentamientos humanos del Cerro “Papa” – Villa el Salvador. **Participantes:** 40 madres con hijos entre seis a veinticuatro meses de edad, para el enfoque cuantitativo y 32 madres con hijos entre seis a veinticuatro meses de edad, para el enfoque cualitativo. **Intervenciones:** Se realizó un censo para ubicar a los niños entre seis a veinticuatro meses, luego se aplicó la encuesta de Salud del INEI para determinar las prácticas de lactancia materna, el test de condiciones del hogar para homogenizar la muestra, el formato de frecuencia de lactancia materna y el test de desarrollo psicomotor del Ministerio de Salud. Para el enfoque cualitativo el muestreo fue intencional y socio – estructurado. **Principales medidas de resultados:** Asociación mediante la prueba de chi – cuadrado de las prácticas de lactancia materna con la variable desarrollo psicomotor y explorar las barreras de lactancia materna. **Resultados:** 1) *Enfoque cuantitativo:* No hubo asociación entre las variable desarrollo psicomotor y lactancia en la primera hora de vida ($p=0,50$), lactancia materna exclusiva ($p=0,90$) y técnica de lactancia materna ($p=0,74$). Se encontró asociación entre el desarrollo psicomotor y la frecuencia de lactancia materna ($p=0,02$). 2) *Enfoque cualitativo:* las barreras externas identificadas fueron: los factores sociales, entre ellos tenemos a los profesionales de salud, el entorno familiar, la educación de la madre, la comunidad y el trabajo de la madre; y los factores culturales como las creencias en relación a la producción de leche materna. Las barreras internas identificadas fueron: los factores relacionados a las prácticas inadecuadas de lactancia materna y los factores relacionados a la madre como la salud materna y el desconocimiento de los beneficios de la leche materna. **Conclusiones:** Se encontró asociación entre la frecuencia de lactancia materna y el desarrollo psicomotor; sin embargo para la lactancia materna en la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva y la técnica de lactancia materna no se encontró asociación con el desarrollo psicomotor. La barrera externa común fue la recomendación de los sucedáneos de la leche materna por parte del profesional de salud. La barrera interna que influye en la recomendación de los sucedáneos de la leche materna fue la aparente poca producción de leche materna, generada por una inadecuada técnica de lactancia materna. **Palabras clave:** Prácticas de lactancia materna, desarrollo psicomotor, barreras de lactancia materna, Cerro “Papa”.

ABSTRACT

Background: Breastfeeding is an interactive process between mother and child, its success will depend on the behavior between infant and mother, encouraged by social support and guided by emotional support, knowledge and mother's information.

Objectives: To determine the association between breastfeeding practices and psychomotor development in children aged 6-24 months and to explore the barriers for breastfeeding of mothers with children aged 6-24 months.

Design: Investigation to mixed research. The quantitative research was a descriptive, observational, cross-sectional. The qualitative research was grounded theory design.

Location: Six human settlements of "Papa" Hill- Villa el Salvador.

Participants: 40 mothers with children from six to twenty four months of age for the quantitative research and 32 mothers with children from six to twenty four months of age for the qualitative research.

Interventions: A census was conducted to locate children from six to twenty four months, thereafter we applied: the 'Health INEI format' to determine breastfeeding practices, the test 'home conditions' in order to homogenize, the 'questionnaire of frequency breastfeeding' and finally the 'Ministry of Health' psychomotor development test'. For the qualitative research, sampling was intentional and socio - structured.

Main outcome measures: Association between chi square test of the breastfeeding practices with the variable psychomotor development and the barriers to breastfeeding.

Results: 1) *Quantitative Research:* There was no association between psychomotor development and breastfeeding variable in the first hour of life ($p = 0.50$), exclusive breastfeeding ($p = 0.90$) neither with the breastfeeding techniques ($p = 0.74$). There was association between psychomotor development and breastfeeding frequency ($p = 0.02$). 2) *Qualitative research:* the external barriers identified were: social factors, among them are health professionals, family environment, mother's education, the community and the mother's job; and the cultural factors such as popular beliefs in relation to the production of breast milk. The internal barriers identified were: factors related to inadequate breastfeeding practices and factors related to the mother and maternal health and ignorance of the benefits of breast milk.

Conclusions: There was association between the frequency of breastfeeding and psychomotor development, however for breastfeeding in the first hour of life, exclusive breastfeeding and technique breastfeeding there was not association with psychomotor development. The common external barrier was the recommendation of breast milk substitutes by the health professional. The internal barrier that influences the recommendation of breast milk substitutes was the apparent low breast milk production, generated by an inadequate breastfeeding technique.

Key words: breastfeeding practices, psychomotor development, barriers to breastfeeding, "Papa" Hill.

I. INTRODUCCIÓN

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial de crecimiento, salud y desarrollo ⁽¹⁾. La maduración del cerebro es, en los dos primeros años de vida, el eje central del desarrollo integral del niño; en este período ocurren los eventos más importantes de su maduración. El desarrollo es resultado de experiencias físicas, cognitivas y emocionales, ya que se organiza en respuesta a los patrones, intensidad y naturaleza de esas experiencias. Si la nutrición y la salud son deficientes en los primeros años de vida del niño, su desarrollo se retrasa o debilita; si no recibe la estimulación adecuada, requiere mucho más apoyo posterior para obtener los mismos logros que tiene un niño bien nutrido y estimulado ⁽²⁾.

Cerca de un 30% de la población mundial de niños menores de 5 años tiene retraso del crecimiento y desarrollo a consecuencia de una mala alimentación y de infecciones a repetición ⁽¹⁾. Durante los dos primeros años de vida la lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño proporcionándole nutrientes en cantidad y calidad, además es un proceso interactivo entre la madre e hijo, el éxito de ésta va a depender de la conducta del lactante combinada con la conducta materna, estimulada por el apoyo social y guiado por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. Sin embargo en nuestro país se reportan múltiples barreras que imposibilitan el éxito del amamantamiento, tales como factores socioeconómicos, culturales, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la falta de acceso a guarderías para sus hijos, la cultura del biberón, aparente insuficiencia o falta de producción de leche y/o el rechazo al seno materno; a esto se agregan las creencias después de la cesárea que demora el inicio de la lactancia y la asistencia del parto en instituciones que no la promueven y en algunos casos separan al recién nacido de su madre ⁽³⁾.

La lactancia materna y la alimentación complementaria son las formas de alimentación que contribuyen al desarrollo físico y mental del niño durante los

dos primeros años, cuando alguna de estas formas de alimentación falla podría generar en el niño deficiencias en el desarrollo psicomotor a corto plazo y deficiencias en el desarrollo cognitivo a largo plazo, por ello es importante tener en cuenta que en la mayoría de veces pueden existir compromisos que afectan más de una función. Debido a la gran velocidad de crecimiento durante los primeros años de vida, puede existir cualquier factor que altere el equilibrio entre el balance de ingesta y el requerimiento de nutrientes.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento; lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes. Sin embargo, a nivel mundial el 97,3% de los niños y las niñas recibe leche materna en algún momento entre los 0 y los 24 meses de edad, aunque solo el 21,8% recibe lactancia materna exclusiva al menos hasta los seis meses de edad. Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de enfermedades entre los niños menores de 5 años ⁽¹⁾.

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) indica que a nivel nacional el tiempo promedio de duración de la lactancia materna en niñas y niños menores de dos años durante el año 2014 fue de 21,2 meses en comparación con el año 2013 que fue 20,7 meses. El 55,1% de los recién nacidos fue alimentado con leche materna en la primera hora de vida, evitando hasta en un 22% las muertes neonatales y asegurando la supervivencia, crecimiento y desarrollo de los mismos. Sin embargo, en las zonas urbanas, el porcentaje de niños que recibió lactancia materna durante la primera hora de vida se reduce al 49,7% a diferencia con la zona rural que alcanza un 68,8%. A nivel nacional, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en el año 2014 en menores de 6 meses se redujo a 68,4%, en comparación con el año 2013 que fue 72,3 ^(4,5).

Las asociaciones de la lactancia materna y el desarrollo infantil temprano en niños australianos, demostró que a mayor amamantamiento (más de 4 meses) había un mejor desarrollo psicomotor en los niños. Para los niños amamantados menos de 4 meses se encontró un mayor riesgo de atípicas puntuaciones en el desarrollo motor grueso a la edad de 1 y 2 años, sin embargo cuando se analizan por sexo en un modelo combinado se demuestra que existen diferencias de género, ya que las niñas son menos sensibles a tener algún trastorno del desarrollo motor grueso si hay mayor duración de la lactancia materna. En el estudio se llegó a la conclusión que la lactancia materna para 4 meses o más fue asociado con aumentos pequeños pero positivos en numerosas puntuaciones del desarrollo psicomotor de 1 – 3 años de edad ⁽⁶⁾.

El efecto de la lactancia materna en el neuro-desarrollo infantil de niños irlandeses, demostró que la lactancia materna exclusiva o parcial se asocia con un incremento del desarrollo. Se obtuvo información de las madres sobre las prácticas lactancia materna, características socio-demográficas y el progreso del desarrollo durante una entrevista en el hogar. Los lactantes que nunca fueron amamantados alcanzaron un menor número de hitos del desarrollo que los que fueron parcial o exclusivamente amamantados con leche materna, después de controlar por las variables de confusión; sin embargo la falta de asociación dosis – respuesta en el desarrollo psicomotor sugiere que el efecto de la lactancia materna puede ser confundido por otros factores no observados o que hay un umbral crítico durante el cual el efecto de la leche materna puede ser relevante para reforzar el desarrollo.⁽⁷⁾

En Honduras se realizó un estudio que tuvo por objetivo examinar si la duración de la lactancia materna exclusiva afecta el desarrollo psicomotor del infante. Todos los niños del estudio fueron amamantados durante cuatro meses, se dividió a la muestra en tres grupos aleatoriamente y al azar. En el primer grupo estuvieron los niños que continuaron con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses e iniciaron la alimentación complementaria a los seis meses, en

el segundo grupo los niños iniciaron la alimentación complementaria a los cuatro meses con alimentos sólidos de alta calidad 2v/día más lactancia materna con mayor frecuencia y en el tercer grupo los niños iniciaron la alimentación complementaria a los cuatro meses con alimentos sólidos de alta calidad sin leche materna. Se llegó a la conclusión de los niños que tuvieron una lactancia materna exclusiva (primer grupo), gateaban antes que los niños que recibieron alimentos sólidos (tercer grupo) y los niños que recibieron lactancia materna con mayor frecuencia más alimentos sólidos fueron capaces de sentarse antes que el grupo de lactancia materna exclusiva (segundo grupo). La diferencia entre los grupos esta probablemente relacionada con el volumen de leche recibido por el infante, ya que hay mayor demanda de energía ⁽⁸⁾.

La duración de la lactancia materna, el lenguaje y el desarrollo psicomotor en niños griegos, demostraron que a una mayor duración de la lactancia materna se asocia con un aumento en las puntuaciones cognitivas del lenguaje y del desarrollo motor a los 18 meses de edad, independientemente de las características de los padres. Los niños que fueron amamantados durante más de seis meses tuvieron un mejor desarrollo motor fino en comparación con aquellos niños que nunca fueron amamantados. Así mismo no se encontró asociación entre la duración de la lactancia materna con el desarrollo motor grueso ⁽⁹⁾

En Brasil se realizó un estudio que tuvo por objetivo investigar la asociación entre la lactancia materna y el desarrollo mental y motor a la edad de 12 meses de edad. Se midió el desarrollo mental y motor con la escala Bayley de Desarrollo Infantil II a los 12 meses, y el estado de la lactancia materna a los días 1, 10, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 y 360. Se encontró que la alimentación con leche materna (es decir, exclusiva o predominante) se asoció significativamente con el desarrollo mental ($P = 0,02$) en comparación con la alimentación parcial, que no hubo asociación. No se encontró una ventaja adicional entre el desarrollo mental y la mayor duración de la lactancia

materna. No se encontró asociación entre la lactancia materna y el desarrollo motor ⁽¹⁰⁾.

En Mazabuka se realizó un estudio de los potenciales y las barreras en la promoción de la lactancia materna exclusiva, donde se encontró que pocas madres practican la lactancia materna exclusiva. Las barreras reveladas fueron: percepción de falta de leche, miedo a morir o ser demasiado enfermo como para ser capaces de amamantar, percepción de mala leche y falta de conocimiento sobre el tema. El personal de salud y parteras tradicionales fueron los actores más importantes en la transmisión de conocimientos sobre la alimentación del lactante para las madres ⁽¹¹⁾.

En Kenia se realizó un estudio sobre las percepciones de los cuidadores acerca de la salud y los problemas nutricionales en relación con las prácticas de alimentación de los bebés, donde se encontró que los bebés de 2 a 3 meses de edad, se les dio agua, jugos, hierbas medicinales, y un exceso de medicamentos de venta libre. Las percepciones de las madres fueron: la producción de leche insuficiente, la falta de conocimientos adecuados sobre el valor de la leche materna de madres y la clasificación como factores importantes que asocian con el uso de comida y bebida que no sea leche materna; además, se percibe que la mala salud de los bebés parece estar asociada con la práctica sub-óptima de la lactancia materna exclusiva ⁽¹²⁾.

En Níger, se realizó un estudio sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva por los profesionales de la salud, se encontró que el apoyo de los profesionales de salud es inadecuado o inexistente en algunas postas de salud de Niamey, Níger. Las prácticas inadecuadas de la promoción de la lactancia materna exclusiva por los profesionales de salud en el estudio fueron las siguientes: no ofrecieron ninguna ayuda para iniciar la lactancia materna en la primera media hora después del nacimiento. El apoyo verbal de los profesionales de la salud es vital, pero nunca se toman el tiempo para hacer la promoción de la leche materna real, ya que no explicaron claramente a las madres las razones y los beneficios de esta recomendación, promocionaron

sucedáneos de la leche materna en los centros de salud, a las madres primerizas no se les dio ningún tipo de preparación, asesoramiento o explicación de las correctas técnicas de amamantamiento. Estos resultados indicaron que es de vital importancia supervisar las prácticas de los profesionales de salud en las postas de Niamey ⁽¹³⁾.

En Brasil, se realizó un estudio sobre el espacio social de las mujeres y su referencia para el cuidado en la práctica de la lactancia materna. Entre las situaciones que dificultan la lactancia materna se encontró la ausencia de la familia, las creencias de las madres, experiencias negativas de la madre frente a la lactancia materna, adopción de prácticas inadecuadas y poca producción de leche materna. En los agentes que actúan en su cuidado se encontró a los profesionales de salud, la experiencia de las abuelas, suegra y la participación masculina. Se cree que la valorización del contexto familiar por el profesional de salud, el desarrollar acciones e interacciones durante la lactancia materna, constituyen bases para un nuevo modelo de atención en lactancia ⁽¹⁴⁾.

II. OBJETIVOS

2.1. General

2.1.1 Enfoque cuantitativo

- Determinar la asociación entre las prácticas de lactancia materna y el desarrollo Psicomotor en niños de 6 a 24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador.

2.1.2 Enfoque cualitativo

- Explorar las barreras de lactancia materna en madres con niños de 6 a 24 meses del Cerro Papa – Villa el Salvador.

2.2. Específicos

2.2.1 Enfoque cuantitativo

- Determinar la asociación entre la práctica de lactancia materna en la primera hora de vida y el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses.
- Determinar la asociación entre la práctica de lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses.
- Determinar la asociación entre la técnica de lactancia materna y el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses.
- Determinar la asociación entre la frecuencia de lactancia materna y el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses.

2.2.2 Enfoque cualitativo

- Identificar las barreras externas de lactancia materna en madres con niños de 6 a 24 meses.
- Identificar las barreras internas de lactancia materna en madres con niños de 6 a 24 meses.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

Investigación de enfoque Mixto, para el enfoque cuantitativo el estudio fue descriptivo de asociación cruzada, observacional y transversal ^(15,16). El enfoque cualitativo fue con la metodología teoría fundamentada ^(17,18).

3.2 Población

La población estuvo conformada por todos los infantes de ambos sexos de 6 a 24 meses con sus respectivas madres que residen en seis asentamientos humanos Bello Horizonte, Balcones de Villa, Nuevo Paraíso, Villa Victoria, Praderas y Terrazas de Villa del “Cerro Papa” del distrito de Villa el Salvador, Lima, Perú; en el periodo de marzo del 2013 a julio del 2014.

3.3 Tamaño de Muestra

3.3.1 Enfoque cuantitativo:

Se aplicó un censo en toda la zona de estudio, del cual se encontró a 46 niños de ambos sexos entre 6 a 24 meses de edad con sus respectivas madres, de los cuales 6 niños fueron excluidos del estudio debido a que presentaron anemia, desnutrición, no tuvieron una adecuada estimulación del ambiente o alguna enfermedad al momento de la toma de datos; por ello la muestra final fue de 40 niños que residen en los asentamientos humanos Bello Horizonte, Balcones de Villa, Nuevo Paraíso, Villa Victoria, Praderas y Terrazas de Villa; pertenecientes al “Cerro Papa”, distrito de Villa el Salvador, Lima, Perú.

3.3.1.1 Características de elegibilidad de la muestra

- Madres de los infantes de ambos sexos de 6 a 24 meses.
- Madres que consuman dietas completas.
- Niño de ambos sexos de 6 a 24 meses en periodo de lactancia.
- Niño a término (edad gestacional 39 semanas)
- Niño sano (no anémico, no fiebre)
- Niño con estado nutricional normal
- Niño que come alimentos diferentes a la leche materna.

3.3.2 Enfoque cualitativo:

Se aplicó el muestreo intencional y socio – estructurado según número de hijos y el trabajo de la madre. El tamaño de muestra final estuvo determinado por la saturación de datos ⁽¹⁹⁾. El tamaño de muestra estuvo estructurado de acuerdo a la Tabla 1.

Tabla 1: Características de la muestra según técnicas cualitativas en el “Cerro Papa”, Villa el Salvador, Lima. (n=32)

CARACTERÍSTICAS SOCIO - ESTRUCTURALES		TÉCNICA		
		Grupo Focal		Entrevista a profundidad
		Nº Grupo	Nº Personas	
Número de hijos	1 hijo (P)	1	4	4
	>1 hijo (M)	1	4	4
Trabajo	Trabaja (T)	1	4	4
	No trabaja (NT)	1	4	4
TOTAL		4	16	16

3.4 Descripción del escenario

El “Cerro Papa”, está ubicado entre los distritos de Villa el Salvador y Villa María del Triunfo. El estudio se realizó en el distrito de Villa el Salvador, en el cual están ubicados seis asentamientos humanos como: Bello Horizonte, Balcones de Villa, Nuevo Paraíso, Villa Victoria, Praderas y Terrazas de Villa. A sus alrededores cuenta con un centro de estimulación para niños de 6 a 24 meses, dos Cuna Más, un mercado y dos centros de Salud. El Centro de Salud Materno Infantil “San José” pertenece a la jurisdicción del “Cerro Papa” y se encuentra alejado de la zona de estudio, este centro de salud es el que organiza periódicamente campañas de salud y capacita a las promotoras de salud.

Para realizar el estudio en el “Cerro Papa”, primero se realizó las coordinaciones con la Dirección de la Red de Salud de Villa el Salvador – Pachacamac – Pucusana, el cual aprobó el proyecto de investigación y realizó las coordinaciones con el Centro de Salud Materno Infantil “San José” para que

dé la autorización de ingresar a la zona de estudio. Una vez obtenidos los permisos se realizó las coordinaciones con las promotoras de Salud y se procedió a realizar el censo.

3.5 Variables

3.5.1 Definición operacional de las variables (tabla 2 y 3)

Prácticas de lactancia materna: Es la acción que se desarrolla con la aplicación de conocimientos en lactancia materna por parte de la madre o cuidadora del lactante ⁽²⁰⁾.

Desarrollo psicomotor: Es un proceso gradual permanente de transformaciones y adquisiciones de habilidades en el área lenguaje, social y motora del lactante que ocurre debido a la maduración cerebral y de la interacción del lactante con el medio ambiente, es la expresión de sistema nervioso central ⁽²¹⁾.

Barreras de lactancia materna: Factores que impiden u obstaculizan a la madre, total o parcialmente las prácticas de lactancia materna (Definición propia).

Tabla 2: Operacionalización de variables según enfoque cuantitativo, “Cerro Papa”, Villa el Salvador, Lima, Perú.

Variables	Indicadores	Categorías	Puntos de corte	Instrumento
Prácticas de lactancia materna	Lactancia materna en la primera hora de vida	Si - No	---	Encuesta (Anexo 2)
	Lactancia materna exclusiva	Si - No	---	
	Técnicas de lactancia materna (posición de la madre, posición del niño y agarre correcto)	Correcto	7 puntos	Formato de la lista de cotejo de técnicas de lactancia materna (Anexo 3)
		Incorrecto	< 7 puntos	
	Frecuencia de Lactancia materna	Correcto	6 – 8 meses = 8 lactadas 9 – 11 meses = 6 lactadas 12 – 24 meses = 5 lactadas (*)	Formato de frecuencia de lactancia materna (Anexo 4)
			Tiempo >= 10 minutos (**)	
		Incorrecto	6 – 8 meses < 8 lactadas 9 – 11 meses < 6 lactadas 12 – 24 meses < 5 lactadas	
			Tiempo < 10 minutos	
Desarrollo Psicomotor	Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor	Normal	Cumple todos los hitos (social, lenguaje y motor) según su edad.	Formato de Test del desarrollo psicomotor (Anexo 5)
		En déficit	No cumple al menos uno o más de los hitos (social, lenguaje y motor) según su edad.	

Fuente: (*) Guía de consejería nutricional. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. CENAN 2013, referencia 22.

(**) Criterio de la investigadora basado en la referencia 23.

Tabla 3: Operacionalización de variables según enfoque cualitativo, Cerro “Papa”, Villa el Salvador, Lima, Perú.

<i>Variable</i>	<i>Definición de la variable</i>	<i>Tipos</i>
Barreras de Lactancia Materna	Factores que impiden u obstaculizan a la madre, total o parcialmente las prácticas de lactancia materna (Definición propia).	Barreras Externas
		Barreras Internas

3.6 Técnicas e instrumentos

3.6.1 Enfoque cuantitativo

Se utilizó la técnica de entrevista estructurada, método más eficaz que el cuestionario, ya que permite obtener información más completa. A través de ella, el investigador puede explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita. Si hay una interpretación errónea de la pregunta permite aclararla, asegurando una mejor respuesta. Es estructurada por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre dos, tres o más alternativas ⁽²⁴⁾.

Los instrumentos utilizados fueron: i) encuesta de Salud del INEI adaptada, el cual contiene un total de 20 preguntas; así mismo se dividió en tres secciones. En la primera sección se preguntó las características generales de la madre como nombres y apellidos, edad, grado de instrucción y actividad laboral; y las características generales del niño como fecha de nacimiento, edad y sexo. En la segunda sección se preguntó acerca de la lactancia materna y la alimentación infantil, lo que permitió determinar la lactancia materna en la primera hora de vida, lactancia materna exclusiva y la introducción de alimentos antes y después de los seis meses. En la tercera sección se preguntó a las madres acerca de la estimulación del hogar, lo que permitió homogenizar la muestra y se excluyó a aquellos niños que no cumplieron con una adecuada estimulación del hogar.

ii) Formato de lista de cotejo de las Técnicas de Lactancia Materna, el cual se dividió en tres secciones como: posición de la madre, posición del bebé y agarre correcto. Este instrumento contiene en total siete ítems numerados del uno al siete. A cada ítem ejecutado se le asignó el valor de un punto. Para determinar que la técnica de lactancia materna es correcta el puntaje obtenido en total debió ser de siete puntos.

iii) Formato de frecuencia de lactancia materna, el formato se diseñó con los siguientes datos: hora de lactancia del niño, tiempo por cada lactada y el seno que el niño cogió para lactar (derecho, izquierdo o ambos). La hora de lactancia del niño, sirvió para determinar el número de lactadas que tuvo el niño durante veinticuatro horas. Para ello se pidió a la madre que recordara en qué horarios había lactado el niño un día antes de la toma de datos. Para el tiempo se consideró que una lactada debió ser mayor o igual a diez minutos. La razón por la que se consideró como dato el seno (derecho, izquierdo o ambos), fue porque el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – CENAN ⁽²¹⁾ define como una lactada la toma de ambos senos.

iv) Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Ministerio de Salud ⁽²⁵⁾, la evaluación del desarrollo psicomotor fue de acuerdo a la edad en meses que tenía el niño en el momento de la toma de datos. El test estuvo diseñado de mes a mes para los niños de seis a once meses y cada dos meses para los niños de doce a veinticuatro meses. Por tal motivo al momento de la evaluación los niños de trece, quince, diecisiete y veintiún meses de edad fueron evaluados con el mes anterior a su edad. Para determinar el desarrollo psicomotor como normal, los niños debieron cumplir todos los hitos según la edad que tenían al momento de la toma de datos.

3.6.2 Enfoque cualitativo

Se utilizaron las técnicas de Entrevista a Profundidad semi – estructurada, según Morillo este tipo de entrevista sigue una modalidad bien establecida, que pretende descubrir la estructura de significados que un sujeto construye

alrededor de un fenómeno de interés, además tiene un formato más laxo. Las preguntas se plantean de una forma más abierta. El investigador puede desviarse del formato con el fin de profundizar con más detalle en un punto particular de acuerdo con el desarrollo de la entrevista ⁽²⁶⁾.

El Grupo Focal, es la entrevista aplicada a un grupo, la dinámica es entre el grupo: cada miembro puede opinar, comentar, criticar, ampliar, cuestionar lo expresado por otras personas del grupo. Por lo anterior el grupo no debe ser muy grande; se recomienda de cuatro a ocho personas, que tengan alguna característica homogénea ^{(27) (28)}.

Los instrumentos utilizados fueron: Guía de entrevista a profundidad semi-estructurada y Guía de grupo focal, los cuales contienen un total de 12 preguntas abiertas cada uno. Ambos instrumentos fueron validados por juicios de expertos con un total de cinco personas especialistas en temas de investigación y por una prueba piloto con un total de cinco madres con niños entre seis a veinticuatro meses.

3.7 Recolección de datos

Se realizaron coordinaciones previas con las promotoras de Salud del “Cerro Papa”; a fin de obtener las facilidades correspondientes y el apoyo necesario en el desarrollo de la investigación. Seguidamente se procedió a realizar el censo para identificar la cantidad de niños entre 6 a 24 meses que viven en el “Cerro Papa”- Villa el Salvador.

La recolección de datos fue en los hogares de las familias, previa información sobre los objetivos de la investigación, su alcance, las razones de su participación y los instrumentos que se van a utilizar.

Se realizó una sola visita, previa coordinación con la madre del niño para determinar el día en el que se realizará la toma de datos con la finalidad de tener mayor probabilidad de encontrar a la madre; los instrumentos que se utilizaron para el enfoque cuantitativo fueron: encuesta de Salud del INEI

adaptada, formato de técnica de lactancia materna, formato de frecuencia de lactancia materna y formato de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Ministerio de Salud (**anexo 2, 3, 4, y 5, respectivamente**); para el enfoque cualitativo fueron: Guía de entrevista a profundidad semi-estructurada y Guía de grupo focal (**anexo 6 y 7, respectivamente**).

La aplicación de los instrumentos tuvo una duración, según tipo de enfoque. Para el enfoque cuantitativo la aplicación de la encuesta de salud del INEI adaptada fue de 15 minutos, la aplicación del formato de técnica de lactancia materna fue de 5 minutos (para utilizar este instrumento se pidió a cada madre que diera de lactar a su bebé), la aplicación del formato de frecuencia de lactancia materna duró 10 minutos (para aplicar este formato se le pidió a la madre que recordara las veces que su hijo había lactado un día antes de la entrevista) y la aplicación del test de desarrollo psicomotor fue en promedio 10 minutos.

Para el enfoque cualitativo la aplicación de la guía de entrevista a profundidad tuvo una duración en promedio de 20 minutos y la aplicación de la guía de grupo focal tuvo una duración en promedio de 30 minutos. Los grupos focales fueron realizados en la casa de una de las coordinadoras de salud, para reunir a las madres se hizo la visita de cada una de ellas días antes y se les hacía la invitación personalmente. Un día antes de la reunión del grupo focal se visitó a cada madre para asegurar su participación.

La toma de datos fue realizada por la investigadora y así mismo los resultados fueron explicados a todas las madres o cuidadoras que participaron en el estudio con la finalidad de fortalecer las debilidades encontradas.

3.8 Procesamiento y tabulación de datos

3.8.1 Enfoque cuantitativo

Antes de realizar la codificación, limpieza, procesamiento, tabulación y análisis de los datos; se procedió a determinar el estado nutricional de los niños utilizando el software WHO Antro versión 3.2.2, para incluir solo a aquellos niños que tengan un diagnóstico nutricional normal. Una vez identificados este grupo de niños, se procedió a codificar sus encuestas, seguidamente se realizó

la limpieza de los datos. Se utilizó la doble digitación para asegurar la confiabilidad de los datos.

3.8.2 Enfoque cualitativo

Para la transcripción de los datos de la entrevista a profundidad y grupo focal, se utilizó el Software Microsoft Word versión 2013.

3.9 Análisis de Datos

3.9.1 Enfoque cuantitativo

Para el enfoque cuantitativo se utilizó la estadística descriptiva para obtener gráficos, tablas y medidas de tendencia central, para ello se utilizó el software Microsoft Excel versión 2013. La estadística inferencial utilizada fue la prueba χ^2 con un nivel de confianza del 95%, para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.

3.9.2 Enfoque cualitativo

Para realizar el análisis del contenido se utilizó el Software Microsoft Excel versión 2013. En el enfoque cualitativo se identificó una secuencia de pasos relacionados entre sí, como: **lectura, codificación, presentación, reducción e interpretación.**

Se inició de-grabando y transcribiendo la información al software Microsoft Word versión 2013, en el cual se elaboró una matriz donde se separó la información de acuerdo a cada pregunta realizada y a la característica de la madre. Seguidamente se realizó la codificación abierta la cual consistió en asignar rótulos o códigos a los fragmentos de textos de las transcripciones de las entrevistas a profundidad y de los grupos focales, según determinadas características ⁽²⁷⁾.

Una vez identificados los códigos, se elaboró una segunda matriz en el software Microsoft Excel versión 2013, donde se realizó la codificación axial, la

cual consistió en relacionar los códigos unos con otros para encontrar semejanzas y diferencias entre ellos; con este paso se logró identificar treinta categorías diferentes. Para realizar la codificación se utilizó también las bitácoras de campo ⁽²⁹⁾. Para agrupar a las treinta categorías se realizó la codificación selectiva, la cual consistió en agrupar estas categorías según sus semejanzas y encontrar categorías principales. Se logró identificar once categorías principales a las que se les denominó ejes temáticos ⁽³⁰⁾. Cada eje temático se agrupó de acuerdo a una característica en común y se logró identificar cuatro dimensiones. La reducción e interpretación se realizó de manera simultánea para encontrar las dimensiones de la investigación, lo cual permitió encontrar dos tipos de barreras ⁽³¹⁾.

Se realizó la triangulación por técnica, la cual consistió en contrastar la información de los grupos focales como de las entrevistas a profundidad ⁽³²⁾

Para establecer la objetividad de los resultados, en el enfoque cualitativo se utilizó los siguientes criterios como: i) credibilidad (validez interna cualitativa), para cumplir con este criterio se transcribió pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes de manera literal; así mismo se utilizó la triangulación por técnica con la finalidad de obtener mayor riqueza interpretativa y analítica de los datos. ii) Confiabilidad, para cumplir con este criterio luego de la presentación de los resultados se contrastó los resultados con un enfoque cuantitativo para poder generalizar la información y contrarrestar el sesgo subjetivo y iii) Confirmabilidad, para corroborar este criterio se utilizó las grabaciones y bitácoras de campo para poder verificar los resultados ^(27,30).

3.10 Consideraciones éticas

Antes de iniciar el estudio se procedió a explicarles a las participantes el formato de consentimiento informado (**anexo 1**) y se garantizó la confidencialidad de la información, se cuidó los principios de justicia, benevolencia y autonomía.

IV. RESULTADOS

4.1 Enfoque cuantitativo

4.1.1 Características de la muestra:

La distribución de la muestra según lugar de residencia fue la siguiente: 35% de Bello Horizonte, 18% de Balcones de Villa , 15% de Nuevo Paraíso, 15% de Villa Victoria, 10% de Praderas y 8% de Terrazas de Villa ; asentamientos humanos que pertenecen al “Cerro Papa” del distrito de Villa el Salvador, Lima.

Dentro de las características de los niños lactantes, se encontró que el 37% ($n = 15$) fueron de sexo femenino y el 63% ($n = 25$) fueron de sexo masculino, el promedio de sus edades fue de 12.2 meses \pm 6.05DE. La distribución de edades según sexo se presenta en la tabla 4.

La edad promedio de las madres encuestadas, fue de 27.5 años \pm 6DE, además 8 de cada 10 madres encuestadas no trabaja; mientras que el 90% de ellas tiene educación secundaria completa.

Tabla 4: Distribución del grupo de edad y sexo de los niños entre 6 - 24 meses del Cerro “Papa”, Villa el Salvador. ($n=40$)

	Femenino		Masculino		Total general	
	n	%	n	%	n	%
6 – 11 meses	5	12	17	43	22	55
12 – 24 meses	10	25	8	20	18	45

4.1.2 Prácticas de lactancia materna

Se encontró que el 40% de los niños recibió leche materna en la primera hora de vida, además el promedio de horas de lactancia materna después del nacimiento fue de 8 horas. El 12% de niños recibió lactancia materna exclusiva

y el 88% de los niños amamantados recibió algún tipo de alimento antes de los seis primeros meses (Gráfica 1 y 2).

Los líquidos que se introdujeron antes de los seis meses y que no permitieron una lactancia materna exclusiva fueron, la leche fórmula con un promedio de edad de los niños de 3 meses \pm 2.6DE y el agua o infusiones con un promedio de edad de los niños de 4 meses \pm 1.8DE. (Gráfico 1).

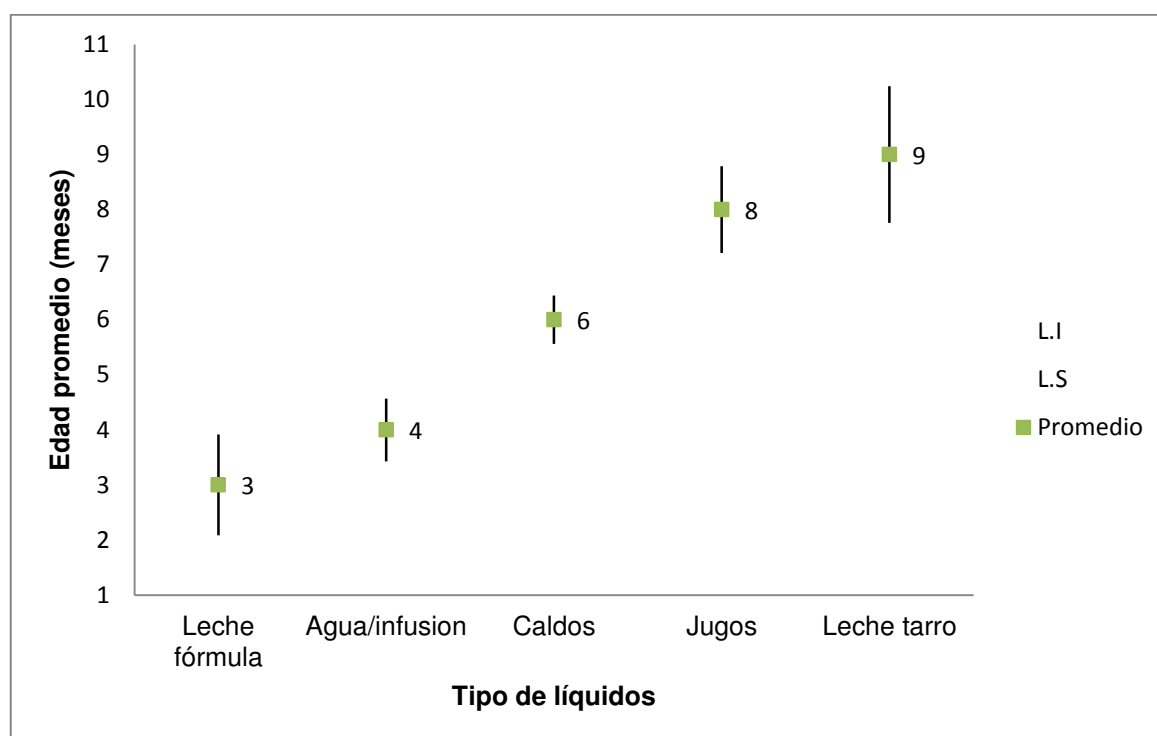


Gráfico 1: Edad promedio de los niños al momento de introducir líquidos diferentes a la leche materna, Cerro “Papa” – Villa el Salvador (n=40).

Las preparaciones espesas que se introdujeron antes de la alimentación complementaria fueron el puré de papa/verduras con un promedio de edad de los niños de 6 meses \pm 0.5DE, las papillas con un promedio de edad de los niños de 6 meses \pm 0.5DE y las sopas espesas con un promedio de edad de los niños de 7 meses \pm 2.3DE. (Gráfico 2)

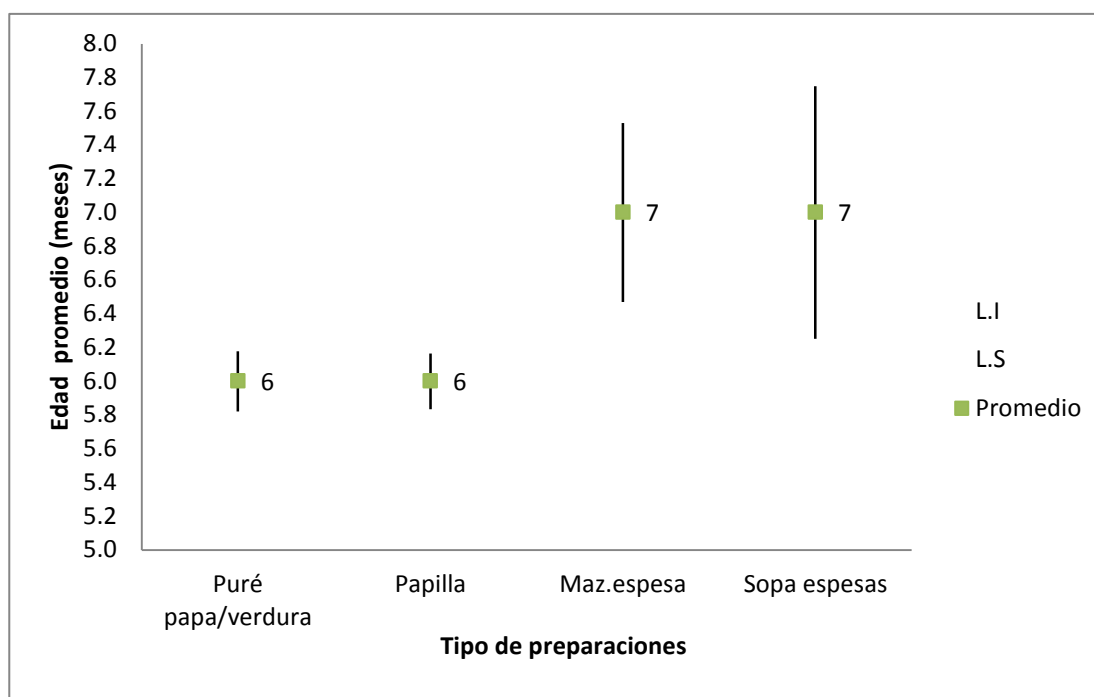


Gráfico 2: Edad promedio de los niños al momento de introducir preparaciones espesas, Cerro "Papa" – Villa el Salvador (n=40).

Se encontró que la mitad de niños recibió una técnica de lactancia materna correcta; mientras que en la frecuencia de lactancia materna, más de la mitad de los niños recibió una frecuencia correcta (Gráfico 3).

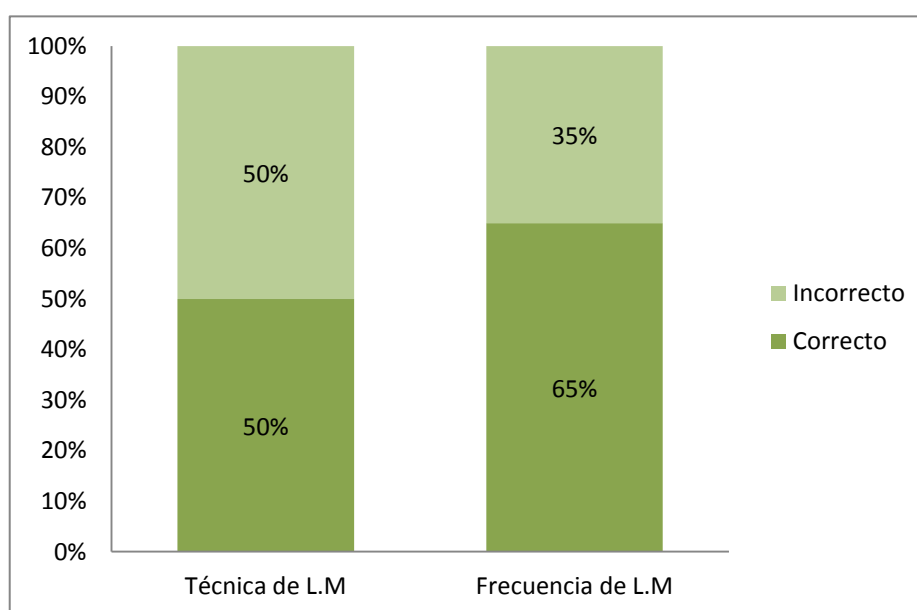


Gráfico 3: Distribución porcentual de niños entre 6 – 24 meses según técnica y frecuencia de lactancia materna, Cerro "Papa" – Villa el Salvador (n=40)

4.1.3 Desarrollo Psicomotor

El hito de desarrollo psicomotor que presentó mayor déficit fue el lenguaje, sin embargo se puede apreciar que en el hito social hubo más niños con un desarrollo psicomotor normal. En el hito motor se encontró que la mayoría de niños tienen un desarrollo psicomotor normal. En el diagnóstico general del desarrollo psicomotor se encontró que más de la mitad de los niños tienen un desarrollo en déficit (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de niños entre 6 – 24 meses según hitos del desarrollo psicomotor, Cerro “Papa” – Villa el Salvador. (n=40)

Hitos del desarrollo	Social*	Lenguaje**	Motor*** grueso	Motor**** fino	Diagnóstico del desarrollo psicomotor
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
Normal	29	16	23	22	15
En déficit	4	18	3	2	25
Total	33	34	26	24	40

NOTA: (*) No se aplica para niños de 7, 12, 14, 20 y 24 meses de edad según diseño del test.

(**) No se aplica para niños de 12 meses de edad según diseño del test.

(***) No se aplica para niños de 8 y 9 meses de edad según diseño del test.

(****) No se aplica para niños de 7, 9, 10, 14, 18, 20 y 22 meses de edad según diseño del test.

4.1.4 Desarrollo psicomotor y lactancia materna durante la primera hora de vida

Al asociar las variables, se encontró que los niños que tienen un desarrollo psicomotor normal y que lactaron durante la primera hora son la mitad de aquellos que no tuvieron una lactancia materna en la primera hora de vida, además la mayoría de niños que tuvieron un desarrollo psicomotor en déficit no tuvieron una lactancia materna en la primera hora de vida. No se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.50$, Tabla 6).

Tabla 6: Desarrollo psicomotor según lactancia materna durante la primera hora de vida, Cerro “Papa” – Villa el Salvador. (n=40)

Lactancia materna	Desarrollo psicomotor			
	Normal		En déficit	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1ra hora	5	33	11	44
>1ra hora	10	67	14	56
Total	15	100	25	100

p de prueba $\chi^2 = 0.50$

4.1.5 Desarrollo psicomotor y lactancia materna exclusiva

Al asociar las variables, se observó que la mayoría de niños que tuvo un desarrollo psicomotor normal no tuvo una lactancia materna exclusiva, mientras que en el desarrollo psicomotor en déficit, 1 de cada 8 niños tuvo una lactancia materna exclusiva. No se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.90$, Tabla 7).

Tabla 7: Desarrollo psicomotor según lactancia materna exclusiva, Cerro “Papa” - Villa el Salvador. (n=40)

Lactancia materna	Desarrollo psicomotor			
	Normal		En déficit	
	n	%	n	%
Exclusiva	2	13	3	12
No exclusiva	13	87	22	88
Total	15	100	25	100

p de prueba $\chi^2 = 0.90$

4.1.6 Desarrollo psicomotor y técnicas de lactancia materna

Al asociar las técnicas de lactancia materna con el desarrollo psicomotor, se encontró que en el desarrollo psicomotor en déficit la mayoría de niños recibió una técnica de lactancia materna correcta; mientras que en el desarrollo psicomotor normal la mayoría de niños recibió una técnica de lactancia materna incorrecta. No se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.74$, Tabla 8)

Tabla 8: Desarrollo psicomotor según técnica de lactancia materna, Cerro “Papa” - Villa el Salvador. (n=40)

Técnica de L.M	Desarrollo psicomotor			
	Normal		En déficit	
	n	%	n	%
Correcto	7	47	13	52
Incorrecto	8	53	12	48
Total	15	100	25	100

p de prueba $\chi^2 = 0.74$

4.1.7 Desarrollo psicomotor y frecuencia de lactancia materna

Por el contrario al asociar las variables frecuencia de lactancia materna y desarrollo psicomotor, se encontró que en el desarrollo psicomotor normal y en déficit, la mayoría de niños tuvo una frecuencia de lactancia materna correcta. Al aplicar la prueba χ^2 , se encontró asociación entre estas dos variables ($p=0.026$, Tabla 9).

Tabla 9: Desarrollo psicomotor según frecuencia de lactancia materna, Cerro “Papa” - Villa el Salvador. (n=40)

Frecuencia de L.M	Desarrollo psicomotor			
	Normal		En déficit	
	n	%	n	%
Correcto	13	87	13	52
Incorrecto	2	13	12	48
Total	15	100	25	100

p de prueba $\chi^2 = 0.026$

4.2 Enfoque cualitativo

4.2.1 Características de la muestra

Participaron 32 madres con niños entre 6 – 24 meses de edad; de las cuales 16 madres participaron también del enfoque cuantitativo. La distribución de la muestra según lugar de residencia fue el 22% de Villa Victoria, 21% de Bello Horizonte, 19% de Nuevo Paraíso, 16% de Praderas, 13% de Terrazas de Villa y 9% de Balcones de Villa pertenecientes al “Cerro Papa” del distrito de Villa el Salvador, Lima.

El 28 % de sus hijos siguieron una lactancia materna exclusiva y el 72% una lactancia materna no exclusiva. El 27% de los recién nacidos recibió leche fórmula como primer alimento y el 73 % recibió leche materna como primer alimento. Además el rango de edad de las madres fue de 18 a 40 años.

Las características de las madres y niños se muestran en la siguiente tabla (Tabla 10).

Tabla 10: Características de las madres y niños que participaron en el estudio sobre Barreras de lactancia Materna, Cerro Papa – Villa el Salvador.

Características de la madre		
Promedio de la edad de la madre (años)	$X \pm DE$	27 ± 6
Paridad		n (%)
1 hijo		17 (54)
>1 hijo		15 (46)
Estado civil		
Soltera		9 (27)
Casada		4 (12)
Conviviente		19 (61)
Nivel de instrucción		
Secundaria Completa		29 (91)
Técnico - Universitario		3 (9)
Actividad laboral		
Trabaja		6 (18)
No trabaja		26 (82)
Características del niño		
Promedio de la edad del niño (meses)	$X \pm DE$	12 ± 5
Sexo(n=32)		n (%)
Femenino		19 (59)
Masculino		13 (41)

4.2.2 Barreras de lactancia materna

Se encontraron diversas barreras de lactancia materna, las cuales se clasificaron en dos tipos: barreras externas (propias del medio ambiente) y barreras internas (propias de la madre).

4.2.2.1.- **Barreras externas:** Se dividió en dos dimensiones: factores sociales que imposibilitan la lactancia materna y factores culturales que imposibilitan la lactancia materna (**Figura 1**).

I. Factores sociales que imposibilitan la lactancia materna: Se encontró cinco ejes temáticos: i) Profesionales de Salud, ii) Entorno familiar, iii) Educación de la madre, iv) Comunidad y v) Trabajo de la madre.

i) **Profesionales de Salud:** Las mayoría de madres refirieron que los profesionales de los Centros de Salud y Policlínicos (primer nivel de atención),

especialmente los médicos, recomendaban el consumo de los sucedáneos de la leche materna. Además dos madres refirieron que en el EsSalud los médicos les recomendaron la leche fórmula.

“(...) la doctora (del Centro de Salud) me recetó la fórmula, porque me dijo él bebe no toma mucha leche y tienes que ayudarlo. Lo que pasa que mi bebe lloraba a cada rato y no succionaba” (EP, M, 26a).

“Mira cuando mi bebita tenía 15 días yo le lleve para su control al seguro y la enfermera la vio y como no tenía buen peso me dijo, anda al pediatra y pregúntale que fórmula le puedes dar. Le dije al doctor lo que me dijo la enfermera y él me recomendó la fórmula xx” (GF1, NT, 32a)

“En mi caso, le dieron fórmula en la clínica ni bien nació el doctor me pidió biberón y leche (fórmula) (...) Entonces, ¿no tenía leche? sí tenía, pero aun así me pidieron” (GF3, M, 26a)

Por el contrario, algunas madres manifestaron que en los hospitales (segundo nivel de atención) los pediatras y obstetras se encargaban de incentivar la práctica de la lactancia materna exclusiva.

“Si, al salir del hospital la doctora me explico y me dijo que no le dé (leche fórmula), que solo le dé leche materna” (EP, NT, 31a).

“A mí me dijo la obstetra que nada reemplaza a la leche materna, ni las leches más caras la reemplazan. Por eso me dijo que solo le dé leche materna” (GF2, P, 28a).

También algunas madres manifestaron que ningún personal de salud, especialmente las enfermeras les brindó una orientación adecuada sobre las técnicas de lactancia materna desde el primer día postparto. Esta situación se manifestó a través de la ausencia de la enfermera al inicio de la lactancia materna y el estilo de comunicación de la enfermera al inicio de la lactancia

materna que se manifestó a través de la paciencia al explicar las técnicas de lactancia materna.

“No, yo sola (le dio por primera vez leche materna), la enfermera me dijo pasado un día, no en ese momento no, cuando vino la enfermera me dejó a mi hijo y ya” (EP, P, 38a).

“No, la enfermera me explicó recién al día siguiente pero no tuvo paciencia, cuando me lo trajeron no me dijeron como darle de lactar. Yo le di sola” (GF1, NT, 23)

“Solo una enfermera me ayudó, me trataba bien porque las otras no tenían paciencia no me decían nada, una enfermera venia en la noche y ella me enseñaba” (GF2, P, 25).

ii) Entorno familiar: La mayoría de madres refirieron que el incentivo del consumo de los sucedáneos de la leche materna fue generado por la experiencia que sus madres y suegras habían tenido con sus propios hijos al introducir sucedáneos de la leche materna y por la disponibilidad de la leche fórmula en el mercado. Además una madre refirió sentir la falta de apoyo, por parte de su pareja, para dar de lactar.

“Si mi mamá, ella es la que me dijo que le de la leche fórmula XX y me dijo hay a mis otros hijos también yo le he dado, corre compra esa leche yo a ustedes le he dado y normal. Me dijo eso porque mi mama nos había criado así; ella nos había dado esa leche”. (EP, NT, 31 a).

“Mi suegra, como yo no tenía punta y como mi niña lloraba ella me dijo que vaya a la farmacia y compra esa leche; yo he criado a mis hijos así y no les ha pasado nada” (EP, P, 18a).

“Yo fui a la farmacia porque mi mama me insistió, le conté (al boticario) que no se llenaba mi bebé, entonces me dijo dale tal fórmula (...)” (EP,NT, 22a).

“No, mi esposo él no sabía cómo tenía que dar de lactar al bebé, ni me decía nada, estaba en las nubes. Yo sufría sola porque no me salía” (EP, NT, 31a).

iii) Educación de la madre: El grado de instrucción incompleto de la madre en ocasiones suele ser una barrera, cuando esta se convierte en madre estando en la etapa escolar o estudiando un carrera técnica, algunas de ellas manifestaron que por tener la necesidad de terminar el colegio o instituto, recurrieron a la leche fórmula.

“En ese tiempo yo iba a empezar a estudiar y tenía que darle la fórmula (...), estudiaba en instituto (EP, M, 23a)

“Le di fórmula porque empecé a estudiar (...), tenía que terminar el colegio” (EP, P, 18a).

iv) Comunidad: Tuvo un rol importante durante el proceso de la lactancia materna, ya que algunas madres manifestaron que al sentirse solas en casa sin apoyo familiar y de su pareja, recurrieron a sus vecinas como apoyo durante este proceso, porque ya habían tenido experiencia con sus hijos al dar leche fórmula.

“(...) no tenía leche y mi bebé lloraba, mis vecinas me decían que le dé y que le dé leche fórmula” (EP, P, 38a).

v) Trabajo de la madre: Las madres describieron sentirlo como una barrera de lactancia materna, ya que algunas de ellas tenían una jornada laboral de tiempo completo o la ausencia de un lugar adecuado para la extracción de la leche materna. Además la experiencia de la propia madre con sus hijos anteriores generó que se suspendiera la leche materna al año de edad.

“(...) yo venía de mi trabajo a las cinco y mi suegra le hacía dormir, todo el día le hacían jugar; a veces ella quería teta cuando yo me tenía que ir y no le daba porque estaba apurada” (EP, T, 20a)

“(...) no me podía llevar a mi bebé al trabajo, no tenía donde sacarme mi leche ahí. Por eso le di fórmula” (EP, T, 26a).

“Hasta el año, porque en mis demás hijos les he dado leche solo hasta el año, además pienso trabajar al año (...), cuando trabaje ya no le daré teta” (GF3, M, 34a).

II. Factores culturales que imposibilitan la lactancia materna: Se encontró un eje temático que son las creencias, las cuales son ideas sociales arraigadas que influyeron en la producción de leche materna, ya que algunas madres refirieron que la poca producción de leche materna se relacionó con el frío.

“(...) yo quise darle leche en el biberón, mi leche porque tenía herida en el pezón, pero lastimosamente como se dice me paso frío; porque estuve mucho tiempo con los pechos al aire sacándole la leche (...). Ya me había dicho mi mama cuidado que te pasen frío en los pechos se te va a cortar (EP, P, 23a).

Sin embargo en los grupos focales las madres llegaron a la conclusión que el incremento de la producción de leche materna que generalmente se daba alrededor de los siete días postparto, lo relacionaron con algunos alimentos como el consumo de caldos concentrados o el consumo de quinua, menestras, leche, cacao, kuaker. Siendo el agua de cacao, la quinua y los caldos concentrados como el de gallina y cabeza de pescado, los que se mencionaron con mayor frecuencia.

“En mi casa, me decían que tome cacao con leche, menestras y caldos de pollo para aumentar mi leche. Y en mi caso mi leche aumentó a la semana” (GF2, P, 32a).

“Sí, a mí también, mi suegra me hacía caldo de gallina, de cabeza de pescado con leche, quinua” (GF3, M, 28a).

“ Estaba preocupada en ese momento decía si tengo que darle, pero mi mama me preparaba caldos, leche y así poco a poco después de cinco días tenía leche ya bastante, la cosa es que la bebe me succionaba me succionaba y ahí me salía un poco más” (EP, T, 23a).

4.2.2.2.-**Barreras internas:** Se dividió en dos dimensiones: factores relacionados a las prácticas inadecuadas de lactancia materna y factores relacionados a la madre (**Figura 2**).

I. Factores relacionados a las prácticas inadecuadas de lactancia materna: Se encontró tres ejes temáticos i) técnicas inadecuadas de lactancia materna, ii) frecuencia inadecuada y iii) introducción de alimentos durante la lactancia materna exclusiva.

i) **Técnica inadecuada de lactancia materna:** Se encontró al agarre incorrecto, lo que ocasionó una succión inefectiva. Así mismo, la succión inefectiva, ocasionó una aparente poca producción de leche materna y problemas en los pezones como dolor, heridas e infección; generando una inadecuada ganancia de peso. En los grupos focales y entrevistas a profundidad las madres manifestaron que estos problemas generaron la interrupción de la lactancia materna.

“(…) porque no tenía mucha leche y encima no ganaba peso y en vez de subir había bajado, por eso le di fórmula” (EP, P, 38a).

“(…) mis pechos estaban piedra no salía nada, (...) mi hijo en vez de subir estaba bajando de peso por eso le empezamos a dar (fórmula) porque de mi pezón no salía nada de leche” (GF4,T, 32a).

“Sí, me salió herida me dolía, me agarro fiebre, a veces por el dolor no le daba de lactar y le daba fórmula (...)” (EP, NT, 31a).

“Un día le di fórmula porque me estaban doliendo los pezones demasiado, lo mío fue por el dolor, porque yo sí tenía leche” (GF2, P, 32a).

ii) Frecuencia inadecuada: Se encontró el establecimiento de horarios rígidos. Algunas madres refirieron ponerles horarios a sus bebés a la hora de lactar.

“(…) si es posible cada dos horas generalmente le daba, pero no llegaba a las dos horas él a veces quería más leche; yo veía el reloj y ya sabía a qué hora darle” (EP, P, 38a).

iii) Introducción de alimentos antes de los seis meses: Ocasionó que se interrumpiera la lactancia materna exclusiva, ya que las madres en su mayoría en los grupos focales y entrevistas a profundidad refirieron haber dado alimentos semi-sólidos a sus hijos porque querían prepararlos para el inicio de la alimentación complementaria y en el caso de alimentos líquidos como infusiones por las flatulencias ocasionadas por un agarre incorrecto.

“sí, como dice la vecina; él tomaba agüita de manzanilla. Me recomendó el pediatra porque mi niña tenía gasecitos” (GF1, NT, 32a).

“Sí, agüita de anís y de manzanilla por los gases a los dos meses, porque él lloraba y lloraba (...)” (GF2, P, 34a).

“Sí, a los cinco meses le daba para estimularle su estómago para que no le choque, (...) le daba calditos de sopa poquitito y papillita para que pruebe” (EP, M, 23a).

II. Factores relacionados a la madre: Se encontró dos ejes temáticos i) Salud materna y ii) desconocimiento de los beneficios de la leche materna.

i) Salud materna: La primera categoría fue la complicación durante el parto; a través de las cesáreas y problemas con la placenta, esto originó que se interrumpiera el contacto piel a piel, pues existe un periodo crítico después del nacimiento en el cual el recién nacido está muy despierto y receptivo para

poder colocarlo en el pecho e iniciar la succión. Las madres manifestaron que la demora en el inicio de la lactancia materna fue porque estaban en sala de recuperación.

“Le dieron (leche formula) porque yo fui cesareada y estaba con la anestesia, al segundo día recién ya le di mi pecho (...)” (EP, T, 21a).

“Cuando yo di a luz en el centro de salud, tenía la placenta a dentro y me llevaron al hospital, en ese transcurso le dieron fórmula, la doctora abrió una lata de leche y cuando llegué me dijo que tenía que pagarle esa lata y con eso me vine a mi casa y le seguí dando” (EP, M, 25a).

“(...) si, porque no me salía leche, fue por una semana porque fui cesareada y mientras me recuperaba le di leche fórmula” (GF3, M, 32a).

La segunda categoría fue la percepción del estado nutricional de la madre, algunas madres manifestaron que había una relación entre el peso que tenían y/o la cantidad de hemoglobina con la poca producción de leche generando la suspensión de la lactancia materna o la introducción de sucedáneos de la leche materna.

“Como soy flaca y tenía la hemoglobina baja por eso no tenía mucha leche. Él lloraba, no se llenaba por eso le di formula” (EP, T, 26a).

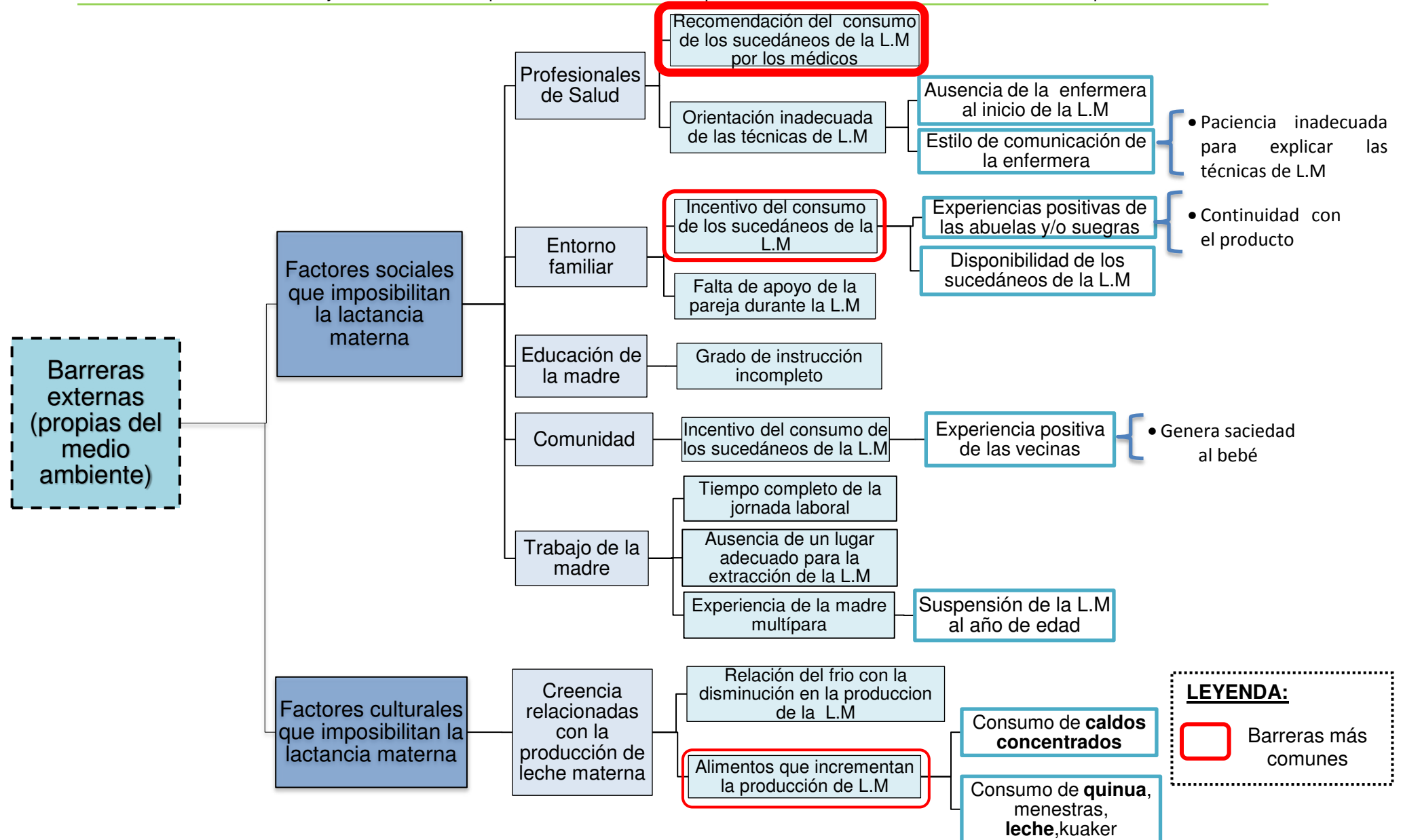
“Al dar a luz tuve un desgarro y salí con anemia del hospital, le explique al doctor eso y él me dijo que le diera leche fórmula; ya que yo tenía poca leche por la anemia” (GF1,NT, 23a).

“Hasta que cumpla un año, de ahí le voy a quitar mi pecho, porque dicen que mucho he bajado de peso (...)” (GF4, T, 20a).

ii) Desconocimiento de los beneficios de la leche materna: Es importante que las madres conozcan los beneficios que ofrece la leche materna y la importancia de brindarla exclusivamente hasta los seis meses. Algunas madres manifestaron darles leche fórmula a sus hijos porque creían que era una vitamina o un complemento de su alimentación.

“Yo le di leche fórmula, porque quería ayudarle con eso. Yo pensaba que era una vitamina más para que este más gordita (...)” (EP, T, 20a).

“No solo hasta los 6 meses y medio le di fórmula (...). Y su leche materna, ¿no lo llenaba? Si lo llenaba, pero le daba una vez al día como complemento” (GF2, P, 30a).



LEYENDA:

 Barreras más comunes

FIGURA 1: Barreras externas de lactancia materna en madres con niños de 6 – 24 meses del Cerro Papa, Villa el Salvador.

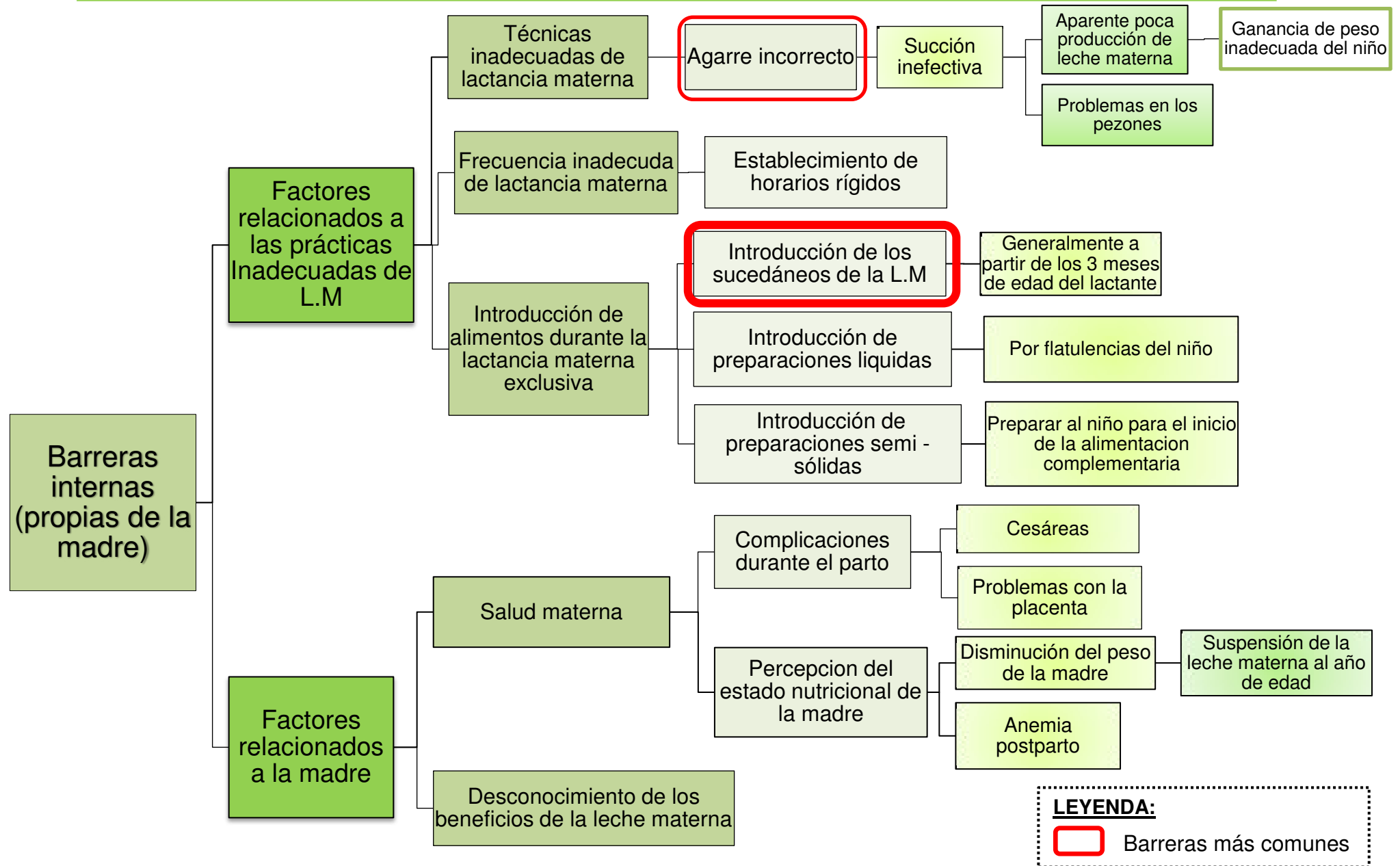


FIGURA 2: Barreras internas de lactancia materna en madres con niños de 6 – 24 meses del Cerro Papa, Villa el Salvador.

PRÁCTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA

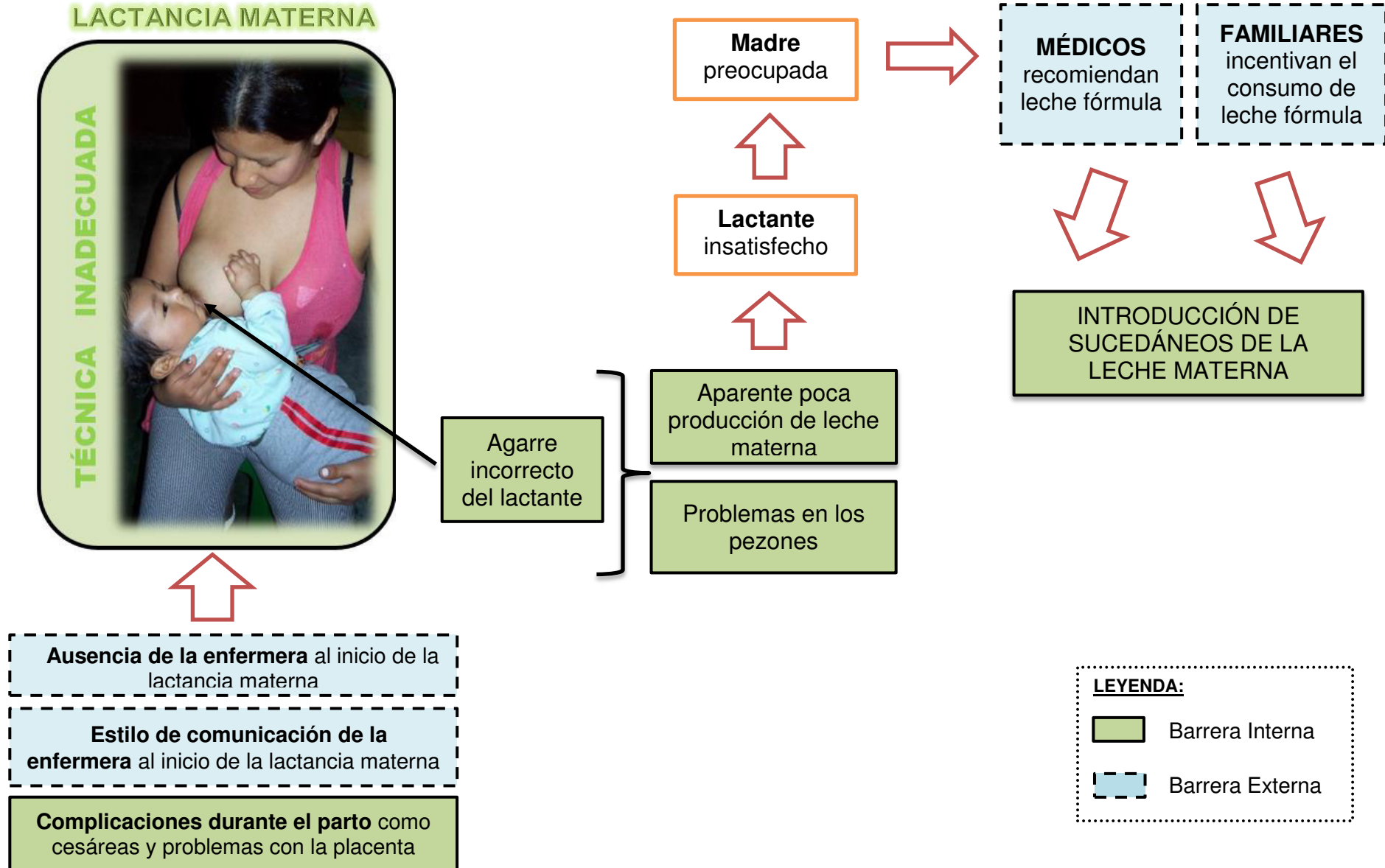


FIGURA 3: Interacción entre la barrera interna y externa en torno a las prácticas inadecuadas de lactancia materna en madres con niños de 6 a 24 meses del Cerro Papa, Villa el Salvador.

V. DISCUSIÓN

5.1 Enfoque cuantitativo

En el presente estudio, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable desarrollo psicomotor y la lactancia materna en la primera hora de vida ($p=0.50$), lactancia materna exclusiva ($p=0.90$) y la técnica de lactancia materna ($p=0.74$). Sin embargo encontramos asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo psicomotor y la frecuencia de lactancia materna ($p=0.024$), se debe tener en cuenta este resultado, ya que no solo es suficiente dar de lactar al niño; si no que es muy importante la cantidad de veces que lacta durante un día y el tiempo que lacta en cada mamada.

El inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida fue en un 40%, lo cual confirma los resultados del ENDES 2014 que indica que en Lima Metropolitana el porcentaje de niños que lacta durante la primera hora de vida es del 44% a diferencia de las zonas rurales que es de 69% ⁽⁵⁾, es de vital importancia poder reforzar este tipo de alimentación en la primera hora de vida; ya que el contacto directo piel a piel de la madre con el niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva entre el primer y sexto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna ⁽³³⁾.

El 12% del total niños que participaron en el estudio recibieron lactancia materna exclusiva, estos resultados no son muy alentadores para la zona de estudio, ya que a nivel nacional tenemos una prevalencia del 68% de lactancia materna exclusiva ⁽⁵⁾, si comparamos la prevalencia de la lactancia materna exclusiva con el nivel educativo de la madre, veremos que ésta aumenta en las mujeres sin nivel educativo o que tienen solo primaria con un 86%, descendiendo en las mujeres con educación secundaria con 77% y, en las mujeres con educación superior con 55% ⁽⁴⁾; por lo tanto, se da una relación

inversa entre educación y lactancia materna, lo que concuerda con nuestros resultados ya que la mayoría de madres de este estudio tienen educación secundaria completa.

En relación a la técnica de lactancia materna se encontró que el 50% de los niños recibió una técnica inadecuada, lo que generó en la mayoría de ellos la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Este resultado concuerda con un estudio realizado por Kronborg y Vaeth⁽³⁴⁾, los cuales encontraron que existe una asociación entre la técnica de lactancia materna efectiva y la duración de la lactancia ($p=0.003$). Por lo tanto, la promoción de la lactancia materna comienza con el pecho, debido a que una técnica de succión efectiva se considera importante para establecer la duración de la lactancia materna.

Una de las prácticas principales de lactancia materna es la frecuencia con la que el niño lacta, ya que esto asegura que el niño reciba la cantidad de leche suficiente para un adecuado crecimiento y desarrollo. En este estudio el 35% de los niños tuvo una frecuencia de lactancia materna incorrecta, ya que en los niños mayores de un año el número de lactadas sobrepasaba las recomendaciones proporcionadas por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – CENAN 2013 ⁽²²⁾; esto generó problemas con la alimentación complementaria; debido a que había preferencia por la leche materna.

Los resultados de este estudio indican que el 63% de los lactantes tuvieron un desarrollo psicomotor deficiente; después de homogenizar la muestra a través de la estimulación del hogar y nivel educativo de la madre. Estos resultados se deben a las prácticas inadecuadas de lactancia materna, debido a que la lactancia en la primera hora de vida asegura el vínculo afectivo entre la madre y el niño, la lactancia materna exclusiva asegura el paso de nutrientes adecuados en la calidad y cantidad, la técnica de lactancia materna garantiza una buena producción de leche y ello asegura la frecuencia de las mamadas contribuyendo así en un mejor desarrollo psicomotor acompañado de una adecuada estimulación del ambiente; lo cual no se evidencia en el estudio ya que las prácticas de lactancia materna en su mayoría son inadecuadas.

Al relacionar la práctica lactancia materna en la primera hora de vida y el desarrollo psicomotor no se encontró asociación ($p= 0.50$), si bien no hubo diferencia significativa, se debe tener en cuenta que la primera hora del niño después del nacimiento es fundamental para lograr una lactancia materna efectiva, el contacto piel a piel entre la madre y su hijo estimula el reflejo de succión. Además hay una estimulación de la oxitocina que produce una disminución del estrés e inicio de los sentimientos maternales, sienten mayor seguridad y confianza en sí mismas, y de la prolactina que estimula la iniciación y mantenimiento de la lactancia porque aumenta la producción de leche en las madres y el bebé aprende antes a succionar el pecho.

No hubo asociación entre la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor ($p=0.09$). Comparando los resultados con estudios realizados por Vasiliki y colaboradores⁽⁹⁾ encontraron que a mayor duración de la lactancia materna (exclusivamente 6 meses) se asoció con un aumento de las puntuaciones en el desarrollo motor a los 18 meses de edad, pero recomiendan más estudios y ensayos longitudinales adicionales para confirmar los resultados debido a que la muestra no fue representativa, además McCrory y Murray⁽³⁵⁾ encontraron una asociación entre la duración y exclusividad de la lactancia materna sobre el desarrollo motor, ellos concluyeron que estos resultados son atribuibles a algún componente de la leche materna y no es simplemente un producto de la posición ventajosa social, la educación o el estilo de crianza de los hijos; por el contrario Eickmann y colaboradores⁽¹⁰⁾ no encontraron asociación entre la lactancia materna exclusiva y el desarrollo motor en los niños evaluados a los 12 meses de edad. Por ello el desarrollo psicomotor es consecuencia de los procesos madurativos del lactante, ya que los componentes biológicos de la leche materna tienen un rol fundamental durante los dos primeros años de vida. Los seis primeros meses del lactante son importantes para el desarrollo del cerebro, debido a que la leche materna es el único alimento capaz de cubrir sus requerimientos nutricionales influido por el medio externo. Un adecuado desarrollo psicomotor durante este periodo da paso a un adecuado desarrollo cognitivo, desarrollo emocional y la inteligencia.

No se encontró asociación entre la técnica de lactancia materna y el desarrollo psicomotor ($p= 0.74$), aunque la técnica de lactancia materna influye indirectamente sobre el desarrollo psicomotor. Una correcta técnica de lactancia materna produce una adecuada cantidad de leche materna; esto brinda confianza a la madre para dar de lactar, afianza el vínculo entre la madre y el niño asegurando que el lactante reciba la cantidad adecuada de nutrientes para su crecimiento y desarrollo. Además no solo importa cómo dar de lactar al niño sino cuanto es lo que está recibiendo de leche materna y ello se determina por el número de veces que éste amamanta durante el día y el tiempo por lactada, ya que esto asegura que el niño reciba la cantidad de nutrientes que necesita cumpliendo su requerimiento diario.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de lactancia materna y el desarrollo psicomotor ($p=0.026$). Dee y colaboradores ⁽³⁶⁾ encontraron que la leche materna contribuye a un mejor desarrollo motor de los niños que amamantan exclusivamente; sin embargo recomiendan tener en cuenta que además de la duración de la leche materna se incluya la información de la intensidad y la frecuencia del amamantamiento, para así examinar mejor los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo, Feldman y Eidelman⁽³⁷⁾, encontraron que los bebés que recibieron cantidades adecuadas de leche materna, demostraron mejoras en las puntuaciones del desarrollo motor y neuro-conductual, los autores sugieren que la integración de los aspectos nutricionales de la leche materna sumado con el comportamiento de proporcionar leche materna con mayor frecuencia, influyen en la madurez del desarrollo motor y esto genera un afianzamiento afectivo entre la madre y el niño, por ultimo Dewey y colaboradores ⁽⁸⁾ encontraron que los niños que recibieron una lactancia materna con mayor frecuencia más alimentos sólidos fueron capaces de sentarse antes que el grupo de lactancia materna exclusiva.

Esta práctica es generada por la cantidad de veces que lacta un niño durante el día y por el tiempo que recibe la leche materna en cada mamada, ya que no es lo mismo de lactar cinco minutos que diez minutos. La salida de la leche materna se diferencia durante el tiempo que lacta el bebé, debido a que la

leche inicial es un tipo de leche que contiene proteínas e inmunoglobulinas por eso es una leche más aguada; sin embargo, la leche final es una leche más espesa que contiene mayor cantidad de grasa generando saciedad en el lactante.

Además debemos tener en cuenta que los niños a partir de los seis meses reciben su alimentación complementaria que pasa a ser el eje principal de alimentación hasta los dos años complementando con la leche materna, en este estudio la frecuencia de lactancia materna fue incorrecta en la mayoría de niños debido a que muchos de ellos lactaban más de lo recomendado generando un problema con la alimentación complementaria, esto posiblemente ocasionó en el lactante déficit de algunos nutrientes que son importantes para el desarrollo psicomotor del niño, ya que al priorizar la leche materna esta ya no le brinda la cantidad de macronutrientes y micronutrientes que se necesita para cubrir el requerimiento diario.

La duración de lactancia materna no se tomó en cuenta como práctica de lactancia materna en la presente investigación, ya que todos los niños que participaron en el estudio estaban en periodo de amamantamiento.

Las limitaciones del estudio giran primero entorno al tamaño de la muestra, debido a que no hubo un método de muestreo sino que se aplicó un censo encontrando una baja proporción de niños entre 6 – 24 meses y la segunda limitación se debe al diseño del estudio, ya que fue transversal. Esto pudo originar que los niños tengan un retraso del desarrollo psicomotor, por algún factor que recién estaba iniciando al momento de la toma de datos.

Este estudio comprende dos enfoques, como pudimos observar en el enfoque cuantitativo se encontró que la mayoría de madres realizó prácticas inadecuadas de lactancia materna; para determinar qué factores influyen para que la madre no realice una práctica adecuada se aplicó el enfoque cualitativo que nos brindó un mejor panorama de lo que está ocurriendo en torno a las prácticas de lactancia materna para esa población de estudio y qué situaciones

se deben corregir para mejorar dichas prácticas, tanto a nivel individual como a nivel de la comunidad, donde están involucrados también los profesionales de salud.

Los resultados de este estudio sugieren que se debe realizar un estudio con mayor profundidad es decir con una muestra más representativa y con el apoyo de un equipo multidisciplinario, para controlar mejor las variables intervinientes.

5.2 Enfoque cualitativo

Se logró cumplir con el objetivo principal, donde se identificaron dos tipos de barreras: barreras externas (propias del medio ambiente) y barreras internas (propias de la madre).

Entre las barreras externas, encontramos a los factores sociales que imposibilitan la lactancia materna, dentro de este grupo estuvieron los profesionales de salud, el entorno familiar, la educación de la madre, la comunidad y el trabajo de la madre. Se encontró que los profesionales de salud juegan un rol importante sobre la práctica de la lactancia materna; ya que las Instituciones de primer nivel de atención (puestos y establecimientos de salud) fomentaban el consumo de los sucedáneos de la leche materna, mientras que algunas Instituciones de segundo nivel de atención (hospitales) fomentaban el consumo de la leche materna exclusivamente hasta los 6 meses y prolongada hasta los dos años, esta situación no solo ocurre en nuestro país ya que en Níger, Abba y colaboradores ⁽¹³⁾ encontraron que los profesionales de salud recomendaron el consumo de los sucedáneos de la leche materna esto ocurrió en la mayoría de establecimientos de salud públicos o privados; ya que fueron influenciados por los visitantes médicos, además de la publicidad que se encontró en estas instituciones sobre el consumo de la leche fórmula.

A nivel internacional hay acuerdos que promueven, protegen y apoyan el consumo de la lactancia materna principalmente la Declaración de Innocenti ⁽³⁸⁾, el Código de comercialización de los sucedáneos de la Leche materna ⁽³⁹⁾ y la Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño ⁽¹⁾,

si bien es cierto varios países están suscritos a estos acuerdos, en Perú, según los resultados obtenidos para este estudio podemos deducir que no hay un control estricto sobre el cumplimiento de estos acuerdos, ya que como hemos podido observar todavía en los establecimientos de salud de primer nivel se incentiva el consumo de los sucedáneos de la leche materna ante cualquier obstáculo de amamantamiento, en vez que el profesional de salud busque una solución inmediata para poder priorizar el consumo de la leche materna.

Otro profesional de salud que está involucrado directamente en el éxito del amamantamiento es el profesional de enfermería, para este estudio algunas madres refirieron que no hubo una orientación adecuada sobre las técnicas de lactancia materna debido a la ausencia de la enfermera al inicio de la lactancia materna y al estilo de comunicación del profesional de enfermería manifestado a través de la paciencia que tiene la enfermera al explicar las técnicas de lactancia materna, generando dificultades con las técnicas de lactancia materna y esto se involucró directamente con una succión inefectiva y como consecuencia una baja producción de la leche materna, estos resultados concuerdan con Guerreiro y colaboradores ⁽¹⁴⁾, ya que encontraron que el profesional de enfermería, asume un rol normativo y regulador al inicio de la práctica de la lactancia materna, brindando orientaciones y cuidados técnicos para asegurar el éxito del amamantamiento; además Santana y colaboradores ⁽⁴⁰⁾, encontraron que es importante el apoyo del personal de enfermería durante el proceso de lactancia materna, para estos autores la comunicación es la pieza clave de interacción entre la madre y el personal de salud.

En el entorno familiar, las madres refirieron sentir a su familia como una barrera, ya que la experiencia obtenida con la leche fórmula por las abuelas y suegras en la crianza de sus propios hijos generó que se incentivara el consumo de los sucedáneos de la leche materna. Además hubo la falta de apoyo de la pareja durante este proceso. Guerreiro y colaboradores ⁽¹⁴⁾ encontraron en su estudio que la ausencia de la familia, influyó sobre la madre negativamente; ya que es el medio relacional que trasmite creencias, hábitos, actitudes y conductas, ellos concuerdan con este estudio; ya que también

recomiendan que una estrategia básica de fomento del éxito de la lactancia materna es considerar a la familia como parte esencial del cuidado del amamantamiento. Es por ello que los profesionales de Salud cuando realicen campañas educativas sobre lactancia materna deben integrar e involucrar a la familia y pareja de la madre como parte esencial del cuidado en la lactancia, esto constituye una estrategia para encontrar aliados que puedan incentivar la lactancia materna exclusiva y prolongada hasta los dos años.

Por otro lado la disponibilidad de los sucedáneos de la leche materna en boticas y farmacias, generó que las madres tengan un mayor acceso a los sucedáneos de la leche materna. La educación impartida durante el control prenatal y postnatal juntamente con una retroalimentación mensual con los grupos de apoyo comunitarios, sería de gran ayuda en la promoción y protección de la lactancia materna; a pesar de que hay un reglamento internacional que es el Código de comercialización de los sucedáneos de la Leche materna⁽³⁹⁾ y el reglamento de alimentación infantil ⁽⁴¹⁾ estos en sus artículos no mencionan que se debe regular la venta de estos productos en las boticas y farmacias.

La comunidad influye indirectamente en el éxito o fracaso de la lactancia materna, ya que en el estudio las madres refirieron que sus vecinas aconsejaron el consumo de los sucedáneos de la leche materna, comparando los resultados con estudios realizados por Tumbull ⁽⁴²⁾ se encontró que las vecinas pueden influir tanto positiva como negativamente en el proceso de amamantamiento. Desde el punto de vista social la comunidad puede contribuir con la lactancia materna, formando grupos de apoyo que incentiven esta práctica. En la declaración de Innocenti ⁽³⁸⁾ se menciona que es importante que los grupos de apoyo se extienden hacia las comunidades, para cumplir con esta norma internacional en nuestro país en el año 2014 se aprobó la Resolución Ministerial 260 - 2014 / MINSA ⁽⁴³⁾, en la cual se incentiva la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna.

El Ministerio de salud y los profesionales de salud juegan un rol fundamental; debido a tienen la misión de promover la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo en la jurisdicción del establecimiento de salud correspondiente. En el lugar de estudio no existen grupos de apoyo que incentiven esta práctica, si bien es cierto hay promotoras de Salud, pero no han sido capacitadas para promover y apoyar la lactancia materna.

Una de las barreras más comunes de lactancia materna en nuestro país, es el trabajo de la madre; ya que a través del tiempo de la jornada laboral de la madre, la ausencia de un lugar adecuado para la extracción de leche materna y la experiencia de la madre con sus anteriores hijos influyeron en la decisión de alimentar a sus hijos con leche fórmula. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Trigo ⁽⁴⁴⁾ que encontró que muchas mujeres encuentran al trabajo como una barrera porque tienen salarios bajos y muchas de ellas trabajos informales que no les permite tomar la licencia remunerada y con horarios flexibles; Santana, Johnson y Albuquerque ^(40,45,46) también encontraron como obstáculo al trabajo de la madre, ellas coincidieron en que la seguridad financiera y las necesidades de la familia son razones para trabajar, además que no hay un apoyo de la legislación laboral debido a que muchos trabajos son informales. A pesar que existen normas que protegen a la mujer trabajadora en estado de embarazo y lactancia, estas no se cumplen a nivel nacional. Una de las normas aprobadas en nuestro país es la ley 29896 ⁽⁴⁷⁾, donde se dispone la implementación de lactarios en instituciones del sector público y privado; a pesar de esta ley no todas las empresas en nuestro país disponen de lactarios.

En el entorno cultural encontramos a las creencias que son ideas erróneas que tienen las madres en cuanto a las situaciones que disminuyen la producción de leche materna, por ejemplo las madres refirieron que el frío que le pasó a sus pechos fueron la causa de que disminuyera la producción de leche, además las madres tuvieron la creencia en que ciertos alimentos incrementan la producción de leche; estos hallazgos son similares a los encontrados por Guerreiro y Siqueira^(14,48), los cuales encontraron que las madres refirieron que el frío

ocasionó que los pezones estén reseco y por ende produzcan menos cantidad de leche, además que las madres y sus familias creían que las mujeres lactantes deben ser alimentadas con caldo de pollo, leche de maíz y pasta de guayaba para aumentar la producción de leche. La disminución en la producción de leche materna está relacionada con la succión del niño, por ello el frío no es un factor que inhiba la producción de leche; sino que la falta de succión del niño ocasiona que no se estimule a la hormona prolactina encargada de la producción de leche y a la hormona oxitocina encargada de la eyección. Por el contrario el aumento de la producción de leche materna que las madres relacionaron con ciertos alimentos generalmente en la primera semana postparto no está relacionado con aquellos alimentos, sino que esta mediado por el tipo de leche que se eyecta en esa semana; la cual produce un aumento brusco de la leche del cuarto al séptimo día postparto alcanzando un volumen de 600 a 800 ml por día ⁽⁴⁹⁾.

Dentro de las barreras internas, tenemos una barrera que tiene mayor predominio en esta investigación y que posiblemente sea el origen de todo el suceso que desencadena un destete precoz. Esta barrera es la técnica inadecuada de lactancia materna, que ocasiona un agarre incorrecto seguidamente de una succión ineficaz teniendo como consecuencia una aparente poca producción de leche materna y problemas en los pezones. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Santana y colaboradores ⁽⁴⁰⁾ donde nos indican que hay una relación entre la leche materna y la presencia del niño que llora, haciendo pensar a la madre que la cantidad de leche recibida no es suficiente; además que una técnica inadecuada genera congestión de pechos, heridas y fisuras. Una técnica inadecuada de lactancia materna generó una aparente poca producción de leche materna y problemas en los pezones lo que ocasionó que los médicos recomienden los sucedáneos de la leche materna y las abuelas, suegras y vecinas incentiven su consumo. Pero una técnica inadecuada generalmente es porque no hay una orientación adecuada sobre la técnica o porque hubo complicaciones durante el parto, que no permitió el contacto precoz durante la primera hora de vida del lactante. **(Figura 3).**

La OMS ⁽¹⁾ y el reglamento de alimentación infantil ⁽⁴¹⁾ a través de sus leyes, recomiendan la lactancia materna a demanda, pero en el estudio se encontró que las madres establecían horarios rígidos al momento de dar de lactar. La introducción de alimentos durante la lactancia materna exclusiva, generó que los niños se acostumbren a consumir estos alimentos y lacten menos, ocasionando que disminuya la producción de leche materna. Las madres refirieron que la razón por la que dieron infusiones fue por la presencia de flatos en el niño manifestándolo a través del llanto; en el caso de alimentos semi – sólidos fue porque ellas querían prepararlos para el inicio de la alimentación complementaria. Estos hallazgos concuerdan con estudios realizados por Albuquerque y colaboradores ⁽⁴⁶⁾ los cuales encontraron que las madres daban a sus hijos agua, té, zumo de frutas, leche y alimentos artificiales antes de los seis meses de edad; además Akiko y colaboradores ⁽¹²⁾ encontraron que la razón por la que las madres les daban alimentos antes de los seis meses a sus hijos era porque tenían la percepción que la leche que producían era insuficiente para la alimentación de su bebé.

Estas prácticas inadecuadas pueden ser consecuencia de la falta de información y apoyo en el control prenatal, después del parto y durante la lactancia; es necesario verificar que la futura mamá haya conseguido la información y el apoyo que necesitaba, Bazzano y colaboradores ⁽⁵⁰⁾ en su estudio indican que sus resultados revelan una brecha entre el conocimiento y las prácticas de lactancia materna ocasionando las barreras. Por ello es fundamental la educación prenatal y postnatal por parte de los profesionales de salud para incentivar el consumo de la lactancia materna, no solo se debe dar un mensaje vertical donde la madre reciba la información; si no se debe debatir sobre los posibles problemas que se generan en torno a una inadecuada práctica de lactancia materna.

En los factores relacionados a la madre, tenemos a la salud materna que fue descrita como una barrera, ya que las madres refirieron que sus hijos recibieron leche fórmula como primer alimento después del parto porque tuvieron complicaciones como cesáreas y problemas con la placenta; lo cual interfirió

con el contacto piel a piel precoz y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida. En el documento Técnico de promoción y apoyo a la lactancia materna y un estudio realizado por Keely ^(51, 52), indican que un parto por cesárea no es impedimento para iniciar una lactancia materna durante la primera hora de vida.

El desconocimiento que tienen las madres de los beneficios de la lactancia materna, se convirtió en una barrera ya que algunas madres refirieron haberles dado fórmula láctea a sus hijos porque creyeron que era una vitamina o porque era un complemento de su alimentación. Por ello es imprescindible la incorporación de estrategias de formación y asesoramiento basados en la evidencia, como los diez pasos para una lactancia materna exitosa y la ampliación hacia la comunidad a través de grupos de apoyo que realicen visitas domiciliarias para poder resolver problemas identificados.

Este estudio es trascendental ya que nos permite reflexionar acerca de cómo se están dando las políticas de Salud de promoción y protección de la lactancia materna en nuestro país; en los artículos 15, 18 y 19 del reglamento de Alimentación Infantil y en la Guía de consejería en lactancia materna ^(41, 53), indican que el personal de salud y los establecimientos públicos y privados son responsables de las acciones de fomento y promoción de la lactancia materna y de la alimentación del lactante de la niña y el niño hasta los veinticuatro meses de edad, con el objetivo de garantizar su óptimo crecimiento y desarrollo.

Las limitaciones de este estudio giran en torno a la triangulación por técnica, ya que la técnica de grupo focal se realizó solo con cuatro madres en periodo de lactancia divididas en cuatro grupos según diversas características, no se pudo reunir más participantes porque no disponían de tiempo.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Enfoque Cuantitativo

- a) Entre la práctica de la lactancia materna en la primera hora de vida y el desarrollo psicomotor no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- b) Entre la práctica de la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- c) Entre la técnica de lactancia materna y el desarrollo psicomotor no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- d) Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de lactancia materna y el desarrollo psicomotor, debido a que mientras más números de lactadas y con un tiempo adecuado el niño recibe los nutrientes y beneficios de la leche materna.

6.2 Enfoque Cualitativo

- a) Las barreras externas encontradas fueron: los factores sociales que imposibilitan la lactancia materna, a través de los profesionales de salud, el entorno familiar, la educación de la madre, la comunidad y el trabajo de la madre; además de los factores culturales que imposibilitan la lactancia materna como las creencias relacionadas con la producción de la leche materna. La barrera externa común fue la recomendación de los sucedáneos de la leche materna por parte de los profesionales de salud.
- b) Las barreras internas encontradas fueron: los factores relacionados a las prácticas inadecuadas de lactancia materna como las técnicas inadecuadas de lactancia materna, la frecuencia inadecuada y la introducción de alimentos durante la lactancia materna exclusiva; además de los factores relacionados a la madre como la salud materna y el desconocimiento de los beneficios de la leche materna. La barrera interna común fue la introducción de los sucedáneos de la leche materna.

VII. RECOMENDACIONES

A nivel del Ministerio de Salud

- Cumplir las sanciones estipuladas en el Reglamento de Alimentación Infantil, para los Establecimientos de Salud Públicos y Privados, que promuevan el uso de sucedáneos de la leche materna.
- Vigilar y cumplir la normatividad laboral de Promoción y Protección de la Lactancia Materna de toda mujer trabajadora.
- Transmitir con frecuencia spots publicitarios donde se difunda el consumo y los beneficios de la leche materna en la salud, crecimiento y desarrollo del niño.
- Crear un eje articular con el CENAN y otros centros no gubernamentales con la finalidad de promover, proteger e incentivar el consumo de la leche materna a nivel nacional.
- Incluir en el Reglamento de Alimentación Infantil un artículo el cual estipule que la venta de sucedáneos de la leche materna se debe realizar solo a través de prescripciones médicas.

A nivel de la Red de Salud de Villa el Salvador – Pachacamac – Pucusana

- Coordinar con los establecimientos de salud públicos y privados de la localidad, la realización de actividades de promoción y protección de la lactancia materna dirigidas a las mujeres en edad fértil, embarazadas y mujeres lactantes.
- Vigilar la comercialización y publicidad de los sucedáneos de la leche materna en el área geográfica de su jurisdicción en centros de salud públicos y privados.
- Dar seguimiento a los indicadores de monitoreo de la situación de la lactancia materna en su jurisdicción y de las acciones para lograr el adecuado cumplimiento del Reglamento de Alimentación infantil en los establecimientos públicos y privados.

A nivel de los Establecimientos de Salud y de los Profesionales de Salud

- Involucrar al centro de salud cercano a la jurisdicción de la zona de estudio para que organicen grupos de apoyo comunitarios y así puedan fomentar el consumo de la leche materna exclusiva y continuada hasta los dos años.
- Formar un equipo multidisciplinario que involucre a médicos, nutricionistas, enfermeras y psicólogos; para realizar visitas domiciliarias periódicas, con la finalidad de encontrar problemas que giran en torno a la lactancia materna y a retrasos en el desarrollo psicomotor.
- Capacitar a las promotoras de salud, para que puedan identificar problemas asociados con la lactancia materna.

A nivel de los investigadores

- Realizar un estudio similar al enfoque cuantitativo, con un diseño longitudinal y con un mayor tamaño de muestra.
- Complementar el estudio cualitativo con un enfoque cuantitativo para poder determinar exactamente si los resultados obtenidos con esta investigación son los mismos en otras poblaciones y así permita generalizar los resultados.

A nivel de las madres y/o familiares

- Concientizar a las mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y continuada hasta los 24 meses de edad.
- Realizar actividades de fomento del consumo de la leche materna hasta los 24 meses que involucre a los familiares de las mujeres gestantes y madres lactantes.
- Crear grupos de apoyo con madres que hayan tenido experiencias exitosas en el periodo de lactancia, para que así incentiven a las madres primerizas y jóvenes a una adecuada práctica de lactancia materna.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) OMS. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y niño pequeño: Capitulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud; 2010: 31- 71.
- 2) UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Cuidado infantil y licencias parentales; 2011 julio: 4 – 7.
- 3) INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud familiar - ENDES; 2011 agosto: 235 – 243.
- 4) INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud familiar - ENDES; 2013 mayo: 273 – 283.
- 5) INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud familiar - ENDES; 2014 abril: 281 – 292.
- 6) Oddy, W., Robinson M., Kendall G., Li J., Zubrick S. and Stanley F. Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study. Rev. Foundation Acta Pediatrics; 2011 March; 100 (7): 992–999.
- 7) Trinity D. and Lincoln G. The effect of breastfeeding on neuro-development in infancy. Maternal and Child health Journal; 2013 November; 17(9): 1680 – 1688.
- 8) Dewey K., Cohen R., Brown K. and Landa L. Effects of Exclusive Breastfeeding for Four versus Six Months on Maternal Nutritional Status and Infant Motor Development: Results of Two Randomized Trials in Honduras. The Journal of Nutrition. 2001 November; 131(2): 262 - 267.
- 9) Leventakou V., Roumeliotaki T., Koutra K., Bassilaki M., Mantzouranis E., Bitsios P., et al. Breastfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother-child cohort in

- Crete, Greece. Journal of epidemiology and community health; 2013 December; 69(3): 232 – 239.
- 10)Eickmann, S., Cabral P.,Carvalho M., Bechara S., Perez M. and Ashworth A. Breast feeding, mental, and motor development at 12 months in a low-income population in northeast Brazil. Pediatrics and Perinat Epidemiology, 2007 february; 21(2):129–137.
- 11)Fjeld E., Siziya S., Katepa-Bwalya M., Chipepo K., Moland K., Tylleskar T., et al. No brother, chest alone is not enough for my baby a qualitative assessment of the potential and barriers in promoting exclusive breastfeeding in southern Zambia. International Breastfeeding Journal, 2008 november; 3(1): 26.
- 12)Akiko M., Karama M., Takana J. and Kaneko S. Perceptions of caregivers about health and nutritional problems and feeding practices of infants: A qualitative study of exclusive breastfeeding in Kwale, Kenya. BMC Public Health; 2013 may; 13(1):525.
- 13)Abba MA, Koninck DM y Hamelin AM. A qualitative study of promotion of exclusive breastfeeding by health professionals in Niamey, Niger. Int Breastfeed J. 2010; 5(8).
- 14)Guerreiro MC, Spanó AM, Biztafa M. and Azevedo F. El espacio social de mujeres y su referencia para el cuidado en la práctica de la lactancia. Rev. Latino Enfermagen, 2007 marzo – abril, 2(15).
- 15)Argimón Pállas J. y Jiménez Villa J. Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. Ed. Elsevier. 4ta edición; 2013: 285.
- 16)Shimotsuruma, Yamato-shi. IBM SPSS Statistics Base 22. IBM Japan Ltd Kanagawa Japón, 2010: 242-502

- 17) Giménez, R. C. Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa, 2007.
- 18) Carvalho D., Leite J., Soares S. and Conceicao M. Teoría fundamentada en los datos, aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en Enfermería. Rev Latino-am Enfermagem, 2009 julio – agosto; 17(4).
- 19) Onwuegbuzie A., Leech N., Zoran A. and Dickson W. Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. Ed. Paradigmas. 2011 enero – junio; 3(1): 127-157.
- 20) Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra; 2007: 12 – 20.
- 21) Vericat A. y Orden A. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. Rev. chil. pediatr. 2010; 81(5): 391 – 401.
- 22) CENAN. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Guía de consejería Nutricional. 2013: 17 – 20.
- 23) UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Para la vida. 4ta edición. EE.UU; 2010.
- 24) Pineda E. B, Alvarado E. L. Metodología de la investigación. 3ra edición. Serie Paltex para ejecutores de Programas, 2008; 56(1).
- 25) Ministerio de Salud – Perú. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años. 1ra edición, 2011 setiembre.

- 26) Morillo L. y Ruiz A. Introducción a los Métodos Cualitativos. 1ra edición. Editorial Panamericana; 2004: 219 – 222.
- 27) Ulin P., Robinson E. and Tolley E.. Investigación aplicada en Salud Publica: Métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS, 1ra edición; 2006: 141 – 151.
- 28) Kitzinger Jenny. Qualitative Research: Introducing focus group. BMJ 1995; 311: 299-302.
- 29) Graham Gibbs. Analyzing Qualitative Data. Singapore and Washington DC; 2007: 63-65.
- 30) Hernández R., Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw – Hill, 2006; 4(1): 630 - 641.
- 31) Vasilachis, I., Aldo R., et al. Estrategias de la investigación cualitativa. Ed. Gedisa. 1ra edición. Barcelona; 2006.
- 32) Mayan M. Una introducción a los métodos Cualitativos. Instituto Internacional de metodología Cualitativa. México, 1ra edición.; 2001.
- 33) OMS. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, equipo eLENA; 2015 febrero.
- 34) Kronborg H. and Vaeth M. ¿How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? Journal Birth, 2009 march; 36(1): 34 – 42.
- 35) McCrory, C. and Murray, A. The effect of breastfeeding on neuro-development in infancy. Maternal and Child Health Journal, 2013; 17(9):1680–1688.
- 36) Dee D., Lee L., Li R. and Grummer L. Associations between breastfeeding practices and young children's language and motor skill development. Pediatrics, 2007;119 (supplement 1):S92–S98.

- 37)Feldman, R. and Eidelman, A. I. Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. *Developmental psychobiology*, 2003 august; 43(2): 109-119.
- 38)OMS/ UNICEF. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.Declaración de Innocenti sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2005 noviembre.
- 39)OPS. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, 2011 agosto: 5 – 41.
- 40)Santana Silva L. y Cardeal Mendes F. Motivos do desmame precoce: um estudo qualitativo. *Rev. Baiana de enfermagem*, 2011 setiembre; 25(3): 259 – 267.
- 41)Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 009-2006-SA. Reglamento de Alimentación Infantil, 2006 julio.
- 42)Turnbull P., Escalante É. y Klunder M.. Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva: una primera exploración. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 2006; 44(2): 97-104.
- 43)Ministerio de Salud. Resolución ministerial N° 260-2014/MINSA. Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna. 2014 abril.
- 44)Trigo C. Barriers to Breastfeeding for Hispanic Mothers. *Rev. Medicine*, 2014; 9(7): 352 – 354.
- 45)Johnson A., Kirk R. and Muzik M. Overcoming Workplace Barriers: A Focus Group Study Exploring African American Mothers' Needs for Workplace Breastfeeding Support. *J. Hum. Lact.*, 2015 february; 15 – 20.

- 46)Albuquerque M., Lopez F., Dantas S., Albuquerque O. and Freitas C. Factores que interferem no aleitamento materno. Revista Rene. Fortaleza, 2009 julio- setiembre; 10(3): 61 – 67.
- 47)Ministerio de Salud. Ley n° 29896. Implementación de lactarios en instituciones del sector público y privado donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil, 2012 julio.
- 48)Siqueira P., Rodriguez L. and Alvez C. Elementos que interferem na Amamentação exclusiva: Percepções de nutrizes. Rev. Salud Pública, Diciembre, 2009; 13(2): 6 – 14.
- 49)Shellhorn, C., & Valdés, V. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF, 1995.
- 50)Bazzano A., Oberhelman R., Storck K., Taub L. and Var Ch. ¿What health service support do families need for optimas breastfeeding? An in-depth exploration of young infant feeding practices in Cambodia. International Journal of Women´s Health, 2015; 7(1): 249–257.
- 51)UNICEF/MINSA. Fondo de las naciones unidas para la infancia y Ministerio de Salud. Documento técnico curso - taller “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño”. 1ra edición, 2009: 25 – 405.
- 52)Keely A., Lawton J., Swanson V. and Denison F. Barriers to breastfeeding in obese women: A qualitative exploration. Midwifery, 2015; 31(5): 532-539.
- 53)Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 462 – 2015/MINSA. Guía para la consejería en Lactancia Materna. 2015 julio; 4 – 38.

ANEXOS:

ANEXO 1

Formato de consentimiento informado

“Barreras de lactancia materna y asociación de sus prácticas con el desarrollo psicomotor en niños de 6 – 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador”

Investigadora: Vanessa Tintaya Peña

PROPÓSITO:

La escuela de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos realiza estudios sobre salud y el estado de nutrición de los niños. La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Por ello este estudio busca conocer cuáles son las prácticas de lactancia materna y las barreras que se asocian al desarrollo Psicomotor.

PARTICIPACION:

Este estudio nos permite saber cuáles son las prácticas de lactancia materna, ya que unas prácticas inadecuadas puede generar un retraso en el desarrollo psicomotor; así como también las malas prácticas de lactancia materna son generadas por barreras que giran en torno de la madre.

RIESGOS DEL ESTUDIO:

Este estudio no representa ningún riesgo para usted, solo es necesaria su autorización y responder a algunas preguntas.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO:

Es importante señalar que con su participación contribuye a mejorar los conocimientos en el campo de la salud y nutrición. Al concluir con el estudio se entregaran los resultados a las promotoras de los asentamientos humanos para saber las deficiencias de la alimentación y así poder mejorar el servicio brindado por el Centro de Salud.

COSTO DE LA PARTICIPACION:

La participación del estudio no tiene ningún costo para usted. Solo es necesario que conteste con sinceridad a las preguntas realizadas por el investigador.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. A cada mama se le asignara un código y ese código se usara para el análisis, presentación de

los resultados, publicaciones, etc.; de manera que su nombre permanecerá en total confidencialidad.

REQUISITOS DE LA PARTICIPACION:

Las posibles candidatas son madres con niños entre 6 – 24 meses que viven en los asentamientos humanos Bello Horizonte, Praderas de Villa, Nuevo Paraíso, Villa Victoria, Balcones de Villa y Terrazas de Villa. Si usted acepta participar solicitamos que firme este documento como prueba de su consentimiento, lo cual indica que usted participará en el estudio voluntariamente. Sin embargo si usted no desea participar por cualquier motivo, puede dejar de firmar con toda libertad.

DONDE CONSEGUIR INFORMACION:

Para cualquier consulta, queja o comentario por favor comunicarse con Vanessa Tintaya Peña o su asesora Doris Delgado, al teléfono 990197223 de lunes a viernes de 9am-8pm; donde con mucho gusto serán atendidas.

DECLARACION VOLUNTARIA:

Habiendo sido informada del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la información en el estudio es gratuita. Estoy enterada que puedo dejar de participar en el momento que crea pertinente sin que esto signifique que tenga que pagar alguna represalia de parte del equipo, del centro de salud o de la Escuela Académico Profesional de Nutrición de la Universidad Mayor de San Marcos.

Por lo anterior doy mi consentimiento para participar voluntariamente de la investigación:

“Barreras de lactancia materna y asociación de sus prácticas con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses, cerro Papa – Villa el Salvador”

Nombre de la participante:

Dirección:

Fecha: / / 2013

Firma:

ANEXO 2

Formato de encuesta sobre prácticas de lactancia materna y condiciones del hogar (*Enfoque cuantitativo*)

Encuestador	Año	Mes	Día	Hora	Vivienda	Hogar
	2013					



Digitador	Nº de encuesta digitada

"BARRERAS DE LACTANCIA MATERNA Y ASOCIACION DE SUS PRACTICAS CON EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 6 – 24 MESES, CERRO PAPA – VILLA EL SALVADOR"

Dirección de la Vivienda

PERSONAL DE LA ENCUESTA		
	Nombre y apellidos	Código
Entrevistador		

Resultados	Cuestionario	Desarrollo	Fase Cualitativa
Códigos de resultados	1 Completa 2 Incompleta 3 Rechazo 4 Ausente 5 Vivienda desocupada 6 No se inició la entrevista 7 No corresponde		
Observaciones			

100 CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR									
01 ID	02 A Nombres y apellidos	02B Relación con jefe del hogar	03 Sexo		04 Edad		05 Educación (Si >= 03 a)		06 Trabajo (Si >= 05 a)
	Señora podría indicarme el nombre de las personas que residen en el hogar. Quisiera hacer una lista completa de todas las personas que viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar ¿Hay alguna otra persona que no haya mencionado y que durmió aquí la noche anterior?	1. Jefe 2. Cónyuge 3. Hijos/hijastro 4. Yerno/Nuera 5. Padre/suegro 6. Otro pariente 7. Otra persona no pariente			¿Cuántos años cumplidos tiene [NOMBRE]...?		105 A ¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? (NOMBRE)		¿A qué se dedica? 1 Trabajo 2 Estudia 3 Su casa
					Niños de 0 a 59 meses				
	(Primer Nombre / Segundo Nombre // Apellido paterno / Apellido materno)	Código	M	F	Años	Meses	Grado	Año	Código
01		1	1	2					
02			1	2					
03			1	2					
04			1	2					
05			1	2					
06			1	2					
07			1	2					
08			1	2					
09			1	2					
10			1	2					
11			1	2					
12			1	2					





IDENTIFICACIÓN DEL MENOR DE 24 MESES																																																																				
		ULTIMO NIÑO(A) VIVO						PENÚLTIMO NIÑO(A) VIVO																																																												
07	Usar un formato para cada madre y sus hijos.	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>ID MAMA</div> <div>ID NINO</div> </div> <div>Nombre niño:</div>						<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>ID MAMA</div> <div>ID NINO</div> </div> <div>Nombre niño:</div>																																																												
08	Fecha de Nacimiento del niño	<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div>d</div><div>d</div><div>m</div><div>m</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div> </div>						<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div>d</div><div>d</div><div>m</div><div>m</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div><div>a</div> </div>																																																												
LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN INFANTIL																																																																				
09	Le dio pecho (leche materna) alguna vez a (NOMBRE)?	<div>1 SI</div> <div>2 NO (Pase a 16)</div>						<div>1 SI</div> <div>2 NO (Pase a 16)</div>																																																												
10	¿Cuánto tiempo después que nació (NOMBRE) empezó Ud. a darle pecho? Si menos de 1 hora, circule "000" Menos de 24 horas circule 1 y anote las horas Más de 24 horas circule 2 y anote los días	<div>Inmediatamente 000</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Horas 1</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Días 2</div> <div> <div></div><div></div> </div>						<div>Inmediatamente 000</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Horas 1</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Días 2</div> <div> <div></div><div></div> </div>																																																												
11	¿Durante cuántos meses le dio pecho (Leche Materna) a (NOMBRE)?	<div>Meses</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Aún sigue lactando 97</div> <div>No sabe 98</div>						<div>Meses</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Aún sigue lactando 97</div> <div>No sabe 98</div>																																																												
12	¿A qué edad empezó a darle líquidos a (NOMBRE) diferentes de la leche materna?	<div>No le dio -8</div> <div>No sabe 98</div> <div> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EDAD</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> </div>							EDAD	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2	<div>No le dio -8</div> <div>No sabe 98</div> <div> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EDAD</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> </div>						EDAD	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2
	EDAD	Meses	Días																																																																	
1		1	2																																																																	
2		1	2																																																																	
3		1	2																																																																	
4		1	2																																																																	
5		1	2																																																																	
6		1	2																																																																	
	EDAD	Meses	Días																																																																	
1		1	2																																																																	
2		1	2																																																																	
3		1	2																																																																	
4		1	2																																																																	
5		1	2																																																																	
6		1	2																																																																	
<table border="1"> <tbody> <tr><td>1</td><td>Agüitas e infusiones</td></tr> <tr><td>2</td><td>Leche maternizada</td></tr> <tr><td>3</td><td>Leche no maternizada</td></tr> <tr><td>4</td><td>Jugos</td></tr> <tr><td>5</td><td>Caldos</td></tr> <tr><td>6</td><td>Otros <i>Especif.</i>.....</td></tr> </tbody> </table>		1	Agüitas e infusiones	2	Leche maternizada	3	Leche no maternizada	4	Jugos	5	Caldos	6	Otros <i>Especif.</i>																																																							
1	Agüitas e infusiones																																																																			
2	Leche maternizada																																																																			
3	Leche no maternizada																																																																			
4	Jugos																																																																			
5	Caldos																																																																			
6	Otros <i>Especif.</i>																																																																			

Barreras de lactancia materna y asociación de sus prácticas con el desarrollo psicomotor en
niños de 6 – 24 meses, Cerro Papa – Villa el Salvador

13	¿A qué edad comenzó a darle otras preparaciones? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">1</td><td>Sopa espesas</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Puré de papas o verduras</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Puré de frutas</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Mazamorra aguada</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>Mazamorra espesa</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Papilla</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>Otros</td></tr> </table>	1	Sopa espesas	2	Puré de papas o verduras	3	Puré de frutas	4	Mazamorra aguada	5	Mazamorra espesa	6	Papilla	7	Otros	No le dio -8 No sabe 98 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Edad</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>		Edad	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2	7		1	2	No le dio -8 No sabe 98 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Edad</th> <th>Meses</th> <th>Días</th> </tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td></td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>		Edad	Meses	Días	1		1	2	2		1	2	3		1	2	4		1	2	5		1	2	6		1	2	7		1	2
1	Sopa espesas																																																																																
2	Puré de papas o verduras																																																																																
3	Puré de frutas																																																																																
4	Mazamorra aguada																																																																																
5	Mazamorra espesa																																																																																
6	Papilla																																																																																
7	Otros																																																																																
	Edad	Meses	Días																																																																														
1		1	2																																																																														
2		1	2																																																																														
3		1	2																																																																														
4		1	2																																																																														
5		1	2																																																																														
6		1	2																																																																														
7		1	2																																																																														
	Edad	Meses	Días																																																																														
1		1	2																																																																														
2		1	2																																																																														
3		1	2																																																																														
4		1	2																																																																														
5		1	2																																																																														
6		1	2																																																																														
7		1	2																																																																														
INVENTARIO DE CONDICIONES EN EL HOGAR																																																																																	
14	Cuándo sale (o la persona que lo cuida)¿Con quién se queda el niño... <i>(nombre del niño)(si nunca deja al niño solo y/o lleva consigo, circule 1)</i>	Con un adulto..... 1 Persona menor de 16 años.....2 Solo3	Con un adulto..... 1 Persona menor de 16 años.....2 Solo3																																																																														
15	¿Quien juega todos los días con... <i>(nombre del niño)?</i>	Mama.....1 Papa.....2 Ambos.....3 Otros(niños o adultos)4	Mama.....1 Papa.....2 Ambos.....3 Otros (niños o adultos)4																																																																														
16	¿Donde y con quien duerme <i>(Nombre del niño)?</i>	Duerme solo.....1 Duerme con otros niños menores de 5 años.....2 Duerme con la madre.....3 Duerme con otros adultos y/o niños mayores de 5 años.....4	Duerme solo.....1 Duerme con otros niños menores de 5 años.....2 Duerme con la madre.....3 Duerme con otros adultos y/o niños mayores de 5 años.....4																																																																														
17	¿Qué juguetes tiene el niño en la casa con los que juega habitualmente? <i>Anote</i>	Menciona 4 juguetes.....1 Menciona de 0 a 3 juguetes.....2	Menciona 4 juguetes.....1 Menciona de 0 a 3 juguetes.....2																																																																														
18	¿Cómo es... <i>(Nombre del niño)? Dígame todo lo que pueda contarme de él.</i>	Se expresa afectuoso ,con cariño.....1 Se expresa con fastidio, rechazo.....2	Se expresa afectuoso ,con cariño.....1 Se expresa con fastidio, rechazo.....2																																																																														
19	Quando su niño está llorando, Ud ¿Qué hace? <i>Hace contacto físico: lo alza, lo abraza, le hace cariño. Hace contacto verbal: le consuela, le habla, le pregunta.</i>	Menciona los dos.....1 Menciona uno o ninguno.....2	Menciona los dos.....1 Menciona uno o ninguno.....2																																																																														
20	Quando, Ud , Se molesta por algo que hizo... <i>(nombre del niño)¿Qué hace?</i>	Corrige adecuadamente.....1 <i>Le explica, habla, castigo dirigido.</i> No corrige adecuadamente.....2 <i>Sarandea, grita,pega,encierra</i>	Corrige adecuadamente.....1 <i>Le explica, habla, castigo dirigido.</i> No corrige adecuadamente.....2 <i>Sarandea, grita,pega,encierra</i>																																																																														

ANEXO 3

Formato de la lista de cotejo de las técnicas de lactancia materna (Enfoque cuantitativo)

POSICION DE LA MADRE	SI	NO
<p><i>¿Cuál es la postura de la madre?</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>Sentada Clásica</p> <input type="radio"/> </div> <div style="text-align: center;">  <p>P. "Caballito"</p> <input type="radio"/> </div> <div style="text-align: center;">  <p>P. Invertida</p> <input type="radio"/> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Acostada</p> <input type="radio"/> </div> </div>		
1. La madre sostiene la mama con los dedos en forma de "C"		
<p><u>POSICION DEL BEBE</u></p>		
2. La cabeza del bebé debe estar en el ángulo del codo materno.		
3. El cuerpo del bebé debe estar hacia el abdomen de la madre, quedando en contacto ambos.		
<p><u>AGARRE CORRECTO</u></p>		
4. El mentón del bebe toca la mama.		
5. Se ve más areola por arriba que por debajo.		
6. El bebe tiene la boca bien abierta.		
7. El labio inferior del bebe esta volteado hacia afuera.		

ANEXO 4

Formato de frecuencia de lactancia materna (*Enfoque cuantitativo*)

Código de encuesta:

Nombre y Apellidos del niño (a):

Edad:

AA.HH:

[illegible]

ANEXO 5

Formato de Test del desarrollo psicomotor – Ministerio de Salud (Enfoque cuantitativo)

Evaluación del desarrollo Psicomotor 6 – 24 meses

6 MESES				7 MESES			
1)Gira sobre su cuerpo fácilmente	SI	NO	EP	1) Se mantiene sentado sin apoyo	SI	NO	EP
2) Coge un objeto en cada mano.				2) Dice “Pa-pa” “Ma- ma” a cualquier persona.			
3) Comprende “ven”, “chau”							
4) Mira cuando cae un objeto.							
N:..... D:.....				N:..... D:			
8 MESES				9 MESES			
1)Hace pinza índice pulgar- torpe	SI	NO	EP	1) Comprende el “NO”	SI	NO	EP
2)Llama o grita para establecer contacto con otros.				2) Encuentra objetos ocultos.			
3)Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido.							
N:..... D:.....				N:..... D:.....			
10 MESES				11MESES			
1)Camina apoyándose en las Cosas.	SI	NO	EP	1) Hace pinza fina.	SI	NO	EP
2)Dice “Papa” y “Mama”				2) Responde a una orden simple e identifica objetos.			
3) Busca el juguete en la caja.				3) Sujeta de una mano empuja La pelota con un pie.			
N:..... D:.....				4) Explora su juguete.			
N:..... D:.....				N:..... D:.....			
12 MESES				14 MESES			
1)Camina solo con pobre equilibrio y piernas separadas.	SI	NO	EP	1) Dice dos palabras sueltas, a parte de “papa y mama”.	SI	NO	EP
2)Ofrece un juguete				2) Forcejea hasta sacarse los zapatos.			
3) Hace garabatos.							
N:..... D:.....				N:..... D:.....			

<p>16 MESES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>1) Mete un frejol en un frasco.</p> <p>2) Identifica figuras de objetos comunes.</p> <p>3) Arrastra juguetes.</p> <p>4) Come en la mesa con los demás.</p> </div> <div style="width: 15%;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th><th>EP</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <p>N:..... D:.....</p>	SI	NO	EP													<p>18 MESES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>1) Sentado en el suelo se para solo.</p> <p>2) Hace una torre de 3 cubos.</p> <p>3) Dice palabra frase “Mamá teta”</p> <p>4) Utiliza un objeto para alcanzar otro.</p> </div> <div style="width: 15%;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th><th>EP</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <p>N:..... D:.....</p>	SI	NO	EP												
SI	NO	EP																													
SI	NO	EP																													
<p>20 MESES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>1) Defiende su juguete.</p> <p>2) Corre</p> <p>3) Avisa para hacer sus necesidades.</p> </div> <div style="width: 15%;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th><th>EP</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <p>N:..... D:.....</p>	SI	NO	EP										<p>22 MESES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>1) Avisa para hacer sus necesidades.</p> <p>2) Comprende dos frases sencillas consecutivas “Recoge el cubo y dámelo”</p> <p>3) Intenta quitarse las prendas inferiores.</p> <p>4) Juega con otros niños.</p> </div> <div style="width: 15%;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th><th>EP</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <p>N:..... D:.....</p>	SI	NO	EP															
SI	NO	EP																													
SI	NO	EP																													
<p>24 MESES</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>1) Hace torre de cubos.</p> <p>2) Comprende 3 frases “Siéntate, quítate los zapatos y dámelo”</p> <p>3) Dice oraciones simples “Mama vamos calle”, “Mama quiero pan”</p> <p>4) Desenrosca la tapa de un frasco, para que mire a dentro.</p> </div> <div style="width: 15%;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><th>SI</th><th>NO</th><th>EP</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <p>N:..... D:.....</p>	SI	NO	EP																												
SI	NO	EP																													

ANEXO 6

Guía de entrevista a profundidad semi – estructurada

(Enfoque cualitativo)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN

“BARRERAS DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 6 – 24 MESES, CERRO PAPA – VILLA EL SALVADOR 2013”

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD SEMI – ESTRUCTURADA

Código: Característica de la madre:

Nombre y Apellidos:..... AA.HH:

- 1) Señora, usted le dio ¿sólo leche materna a su niño(a)? ¿Por qué?
- 2) ¿Cuál es la razón por la cual no le da o no le dio sólo leche materna a su niño?
- 3) Señora, cuando su niño(a) tenía menos de seis meses ¿Le daba otros alimentos diferentes a la leche materna? ¿Por qué?
- 4) ¿Quién influyó en la decisión de no dar solo leche materna a su niño? ¿Por qué?
- 5) ¿Alguien le aconsejó, le enseñó o le contó cómo dar de lactar a su bebé? ¿Quién?
- 6) **En el caso de madres primerizas.** Señora, usted ¿Tuvo la ayuda de un profesional de la salud para iniciar su lactancia materna?
- 7) ¿Ha tenido algún problema con sus pechos en los primeros meses al empezar la lactancia materna? ¿Cuál fue? ¿De qué manera le afectó a usted y a su niño?
- 8) Desde que nació su niño, ¿Usted ha tenido problemas de salud?, si es si ¿Eso influyó sobre la lactancia materna? ¿Por qué?
- 9) Cuando su niño estaba enfermo, ¿le daba de lactar igual que antes? ¿Por qué?
- 10) ¿Cuánto es el tiempo (minutos) que le brinda a su bebé para darle de lactar? ¿Cuánto es el tiempo por cada pecho?
- 11) ¿Cómo le da el pecho a su bebé? ¿En qué momento le da de lactar a su bebé?
- 12) ¿Cuándo usted trabajaba o trabaja ¿Cuál fue / es la alimentación de su niño en relación a la lactancia materna? ¿Las horas de trabajo influyen en la decisión de dar de lactar

ANEXO 7

Guía de entrevista semi – estructurada a profundidad (Enfoque cualitativo)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN

“BARRERAS DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 6 – 24 MESES, CERRO PAPA – VILLA EL SALVADOR 2013”

GUÍA DE GRUPO FOCAL SEMI – ESTRUCTURADA

Código: Características de las madres:

Nombres y Apellidos:1).....
2).....
3).....
4).....

-
- 1) Señora, usted le dio ¿sólo leche materna a su niño(a)? ¿Por qué?
 - 2) ¿Cuál es la razón por la cual no le da o no le dio sólo leche materna a su niño?
 - 3) Señora, cuando su niño(a) tenía menos de seis meses ¿Le daba otros alimentos diferentes a la leche materna? ¿Por qué?
 - 4) ¿Quién influyó en la decisión de no dar solo leche materna a su niño? ¿Por qué?
 - 5) ¿Alguien le aconsejó, le enseñó o le contó cómo dar de lactar a su bebe? ¿Quién?
 - 6) **En el caso de madres primerizas.** Señora, usted ¿Tuvo la ayuda de un profesional de la salud para iniciar su lactancia materna?
 - 7) ¿Ha tenido algún problema con sus pechos en los primeros meses al empezar la lactancia materna? ¿Cuál fue? ¿De qué manera le afectó a usted y a su niño?
 - 8) Desde que nació su niño, ¿Usted ha tenido problemas de salud?, si es si ¿Eso influyó sobre la lactancia materna? ¿Por qué?
 - 9) Cuando su niño estaba enfermo, ¿le daba de lactar igual que antes? ¿Por qué?
 - 10) ¿Cuánto es el tiempo (minutos) que le brinda a su bebé para darle de lactar? ¿Cuánto es el tiempo por cada pecho?
 - 11) ¿Cómo le da el pecho a su bebé? ¿En qué momento le da de lactar a su bebé?
 - 12) Cuando usted trabajaba o trabaja ¿Cuál fue / es la alimentación de su niño en relación a la lactancia materna? ¿Las horas de trabajo influyen en la decisión de dar de lactar?

ANEXO 8

GALERÍA FOTOGRÁFICA



VISTA PANORÁMICA DEL CERRO PAPA – VILLA EL SALVADOR



EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA



APLICACIÓN DE ENCUESTA



ENTREVISTA A PROFUNDIDAD SEMI-ESTRUCTURADA



TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA



NIÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO